DRUGS AND NARCOTICS IN HISTORY

历史上的药物与毒品

〔英〕罗伊·波特、米库拉什·泰希 主编

商务印书馆

历史上的药物与毒品

〔英〕罗伊·波特
米库拉什·泰希 主编
鲁虎 任建华 等译

商务印书馆
2004年·北京

图书在版编目(CIP)数据

历史上的药物与毒品/(英)波特、(英)泰希主编；鲁虎等译. —北京:商务印书馆,2004
ISBN 7—100—03683—6

I.历… II.①波…②泰…③鲁… III.①药物—试验—关系—毒品—研究②毒品—社会问题—研究
IV.R965.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 110885 号

LÌ SHǏ SHÀNG DE YÀO WÙ YǓ DÚ PǏN

历史上的药物与毒品

〔英〕罗伊·波特 米库拉什·泰希 主编

鲁虎 任建华 等译

商务印书馆出版
(北京王府井大街36号 邮政编码100710)
商务印书馆发行
北京民族印刷厂印刷
ISBN 7-100-03683-6/C·83

2004年10月第1版 开本 850×1168 1/32
2004年10月北京第1次印刷 印张 9 3/8

定价:16.00元

目　录

作 者 简 介

卡罗琳。琼·阿克，宾夕法尼亚匹兹堡卡耐基梅隆大学历史学副教授。她以前是马里兰贝瑟斯达国立卫生研究所 20 世纪生物医学科技史的首位小德威特·斯特腾纪念基金学者。1993 年她在圣弗朗西斯科加利福尼亚大学获得博士学位，毕业论文题为《社会问题和科学机遇：美国鸦片制剂成瘾状况，1920—1940 年》。

弗吉尼亚·贝里奇，伦敦卫生和热带病医学学院历史学高级讲师和艾滋病社会史项目主任。她在精神病学研究所成瘾疾病研究室、历史研究所和经济暨社会研究理事会工作过。她为世界卫生组织欧洲分部和欧洲委员会提供咨询。她的出版物有《鸦片和人民：19 世纪英国的鸦片制剂使用》（1981 年和 1987 年）（主要作者），《卫生和医学 1750—1950 年》，《剑桥英国社会史》（1990 年），以及《英国毒品研究和政策：20世纪 80 年代概述》（1990 年）（作为编者和作者）。

安·戴利，精神病学家。她在牛津萨默维尔学院学历史，后来在伦敦圣托马斯医院学医，1953 年获得医生资格。她首先因做母亲和儿童工作而闻名，后来因反对治疗吸毒者的“官方”疗法及以此为基础的理论而著名。这使她陷入与医学总理事会发生严重麻烦（请见她的著作《一个医生的故事》（1990 年））。她的其他近作是《创造母性》（1982 年）和《利刀下的妇女》（1991 年）。自 1990 年以来，她在韦尔科姆研究所工作，继李斯特之后进行奇特的外科医

学史研究，最近在研究精神病学一些冲突的历史。

x 埃里克·希克尔是布朗施韦格技术大学副校长和药物暨科学史系主任。出版物包括《Arzneimittel-Standardisierung in den Pharmakopöen des 19. Jahrhunderts in Deutschland, Frankreich, Grossbritannien und den Vereinigten Staaten von Amerika》(1973年)；"19世纪临床化学的兴起：条件和结果，"收在J.布特纳编的《临床化学史》中（1982年）；《Biochemische Forschung im 19. Jahrhundert》(1989年)(作为编者)。

S. W. F.霍洛韦在伦敦大学学院学中世纪史和近代史。他对卫生保健行业的历史感兴趣，最近已发表了一部关于英国皇家药物学会政治和社会史的著作。他大部分时间用在莱斯特大学培养研究生。

斯蒂芬·J.库尼茨是纽约罗切斯特大学社区和预防医学系教授。他1964年在罗切斯特大学获硕士学位，1970年在耶鲁大学获社会学博士学位。他的著作有《疾病变化和药品作用：纳瓦霍人经验》(1983年）、《疾病和社会多样性：欧洲人对非欧洲人卫生的冲击》(1994年），以及《醉里生涯：关于三类纳瓦霍人的一项二十五年后续研究》(1994年)(与杰罗尔德·E.利维合著）。此外还著有关于疾病史和医学知识社会学的论文。

杰罗尔德·E.利维自1972年后任亚利桑那大学人类学教授,与斯蒂芬·J.库尼茨合著《印第安人酗酒：纳瓦霍人的实际情况和盎格鲁美国人的理论》(1974年)和《纳瓦霍人的老化:从家庭到社会公共机构的支持》(1991年），与雷蒙德·纽特拉和丹尼斯·帕克合著《颤抖的手、狂乱的巫术和蛾子的疯狂：纳瓦霍人精神疾病研究》(1987年）。他还是美国研究学院国家人文基金的前

常驻学者。他在纳瓦霍保留地和纳瓦霍印第安人及霍皮印第安人一起生活了许多年,新近出版了《重访奥拉维"平等"社会中的社会阶层》(1992 年)。他 1959 年在芝加哥大学获得人类学博士学位。

安德烈亚斯-霍尔格·梅赫勒,是英国德拉姆大学医学史的韦尔科姆研究员和德国哥廷根大学无薪教师。他的著作有《Johann Jakob Wepfer (1620—1695) als Toxikologe》(1987 年)和《Kritik und Verteidigung des Tierversuchs: Die Anfänge der Diskussion im 17. und 18. Jahrhundert》(1992 年)。他目前在研究 18 世纪英国实验药物学的历史。

鲁迪·马蒂,获有洛杉矶加利福尼亚大学伊斯兰研究的博士学位。他在丹佛大学教授中东史。他擅长的领域是近代早期伊朗、欧洲扩张史和近代埃及。

约翰·帕拉斯坎多拉是美国公共卫生署的历史学家。他 1968 年从威斯康星-麦迪逊大学获得科学史博士学位。在哈佛大学做完一年博士后研究,他回到麦迪逊,成为威斯康星的科学史和药物史教员。1983 年他担任国家医学图书馆医学史部主任,直到 1992 年调任现职。他著有《美国药物学的发展:约翰·J. 埃布尔和一个学科的形成》(1992 年)。

约翰·斯卡伯勒是威斯康星-麦迪逊大学药物和医学史教授、古典学教授。他著有《罗马医学》(1969 年)、《希腊生活面面观》(1976 年)、《医学术语古典起源》(1992 年),编有《拜占庭医学研讨会》(1985 年)和《民俗和民间医学》(1987 年)论文集。他还在一些专业杂志上发表了几十篇关于古代希腊、罗马、拜占庭和阿拉伯医学、药物学、医药昆虫学和相关问题的论文。

朱迪·斯林，因为在牛津圣安妮学院学的是哲学、政治学和经济学，她研究商业史和管理，并发表这方面的著作。她关于制药工业的著作包括《梅-贝克历史 1834—1984 年》(1984 年)和《格拉克索到 1962 年为止的历史》(1992 年)(与理查德·达文波特-海因斯合著)。其他还有关于城市法律公司、弗雷什菲尔兹、林克莱特斯-潘恩斯以及克利福德机遇等公司历史的论述。她在牛津布鲁克斯大学兼职任教，并担任新版《英国人名辞典》的副主编。

致　谢

韦尔科姆医学史研究所学术部的弗里达·豪泽和剑桥大学出版社的威廉·戴维斯为本书提供了帮助和支持，我们在此致以特别的感谢。

序 言

毒品是困扰着当今世界的幽灵吗？这个问题不可避免地总会像下面一样出现在读报提要中：

毒品案件使社会震惊。有位一流科学家怎样利用牛津大学的实验室，来制造使人精神不正常的非法毒品，而不是救生的药品，他的这一哄动一时的事件震惊了制药界。

《剑桥晚间新闻》，1993 年 11 月 27 日

氟西汀是 90 年代的‘特效药”,是一种具有自身文化特点的抗抑郁剂……每种成功的药品都引起争论，但没有一种甚过氟西汀。批评者担心，它可能预示着一个由药物学引起的、令人烦恼的社会控制时代的斗争，正如安东尼·伯吉斯在他的小说《自动人奥兰治》中预想的那样。这似乎有些极端，但氟西汀现在不仅被宣布为抗抑郁剂，而且还被用来治疗人的各种精神失调。与此同时，它引起了那些声称使用此药效果很糟的人们提出的大量诉讼。

《卫报》，1994 年 2 月 4 日

我们每年为小病小痛来买无医生处方的药物花费 10 亿美元。但它们是否确实对我们有所裨益？

《卫报》，1994 年 2 月 8 日

大量售出的毒品可能已在英国杀死了数以百计的人。

《星期日时报》,1994年2月27日

毒品既属于自然，又属于社会，因而具有各种相互影响的不同方面，而不单单是历史方面。关于毒品历史的主要方面和各阶段情况，论著很多，但正如本书表明的，主题是它的发展问题。这里值得注意的是，了解当前的毒品，对阐明其以前的历史极其重要。同样，研究毒品历史对理解我们时代的毒品使用和滥用问题也非常重要。当然，无论在数量上，或在质量上，今天的状况都无法与过去的相比：

2 在药品文献中，经常出现的大约主要有300种药品,其名称是希腊语、拉丁语、汉语或其他古代语言。直到19世纪,关于使用药品和抵制改变天然药品的产品，出现了明显的一致性。一个18世纪医生的典型药箱，与一个13世纪医生的药箱并无很大区别，除了中世纪的医生不会有来自新大陆的药品，例如秘鲁香脂、菝葜和烟草……这些东西在以植物的一部分闻名时，在医学和化学使化合物分离出来之前很久，就被民间医学发现其医学用途。

对比之下，在另一个意义上说，许多药品对现时代来说又是“新”的。到1979年为止，美国最经常开的处方二十五种单一成分药品的80%是1950年之后被采用的。其中一半是1960年以后被采用的①。

众所周知，鸦片在毒品历史上占据特殊的地位，这种地位在论

① J. M. 里德尔：“毒品史研究的方法论”，载于他的交换物《毒品史研究》集注版研究丛书CS36T(大雅茅斯,1992年),第15卷,第1—19页(第12—13页)。

文集得到多方面的反映。安德烈亚斯–霍尔格·梅赫勒指出，正是18世纪的鸦片实验，有力地促进了药物学和生理学理论的发展。首先，它分别导致了对毒品作用的方式和部位的新认识：通过神经直接起作用的观点，让位于通过血液循环系统吸收后传递的观点。再者,它有助于区分‘感受性’概念和‘应激性’概念,为近代神经生理学的发展和肌肉挛缩的研究有效地奠定了基础。

举另一个较早时代的例子。约翰·斯卡伯勒指出，在古代希腊和罗马，因深知鸦片过量所带来的危险，医生和病人都非常谨慎地使用鸦片。他因而得出结论：“也许我们永远应该根据主导一个特定时期的社会舆论来解释‘吸毒成瘾问题’”。

当论点已经形成时，就产生了关于造成毒品具体观念的社会类型问题，关于毒品的政策问题，它们是如何形成的？在各时期又是如何实行和改变的？作家们对这些问题的关心，主要集中在特定时期和典型事例上，剖析围绕毒品的争论和讨论。这些构成了贯穿全书的线索。

本书还揭示“毒品”问题由来已久——毒品（在这个词的所有意义上）的地位通常是争论不休的。医学科学试图弄清这种特效物质(对生理的、精神的和病理的)特性。用户、医生、公众舆论和政府都参与到区分恰当使用和准许使用之中，这些过程往往导致激烈的冲突。关于使用和滥用的界线（个人、医务工作者和制药公司，在最近一个半世纪以来越来越多地参与了开发、制造和销售这些东西,因而在其中有着广泛的金融利益),争论异常激烈。“供替代的”药物就是设法开发更柔和的、更天然的毒品。显然，这些问题今天仍未得到解决，因为一些有害和极易上瘾的东西（如酒、烟）仍旧自由地可以获得，一些凭着医生处方买到，而其他的则是非法

购得的，是国际走私贸易的对象和“反毒战争”的打击目标。

这本历史论文集强调指出，像在其他领域一样，毒品领域的科技发展是不可阻止的。对于人类社会来说，问题是如何迎接像氟西汀这样产品的挑战。正如戴维·罗思曼（哥伦比亚大学社会医学和历史学教授）所说的，人们对事件严重性的认识日益增强，而问题的解决要求社会的全面改革：

今天我们刚听说氟西汀，明天我们将听到一种新的激素，而后天将听到一种新的基因控制。我能设想严格的规则和程序，但我极难想象它们付诸实施和受到重视。我们需要极不相同的病人和医生，而且我们必须是一个很不相同的种类的社会[①]。

① D 罗思曼：《幸福的人》，载 1994 年 2 月 4 日《卫报》。

第一章

希腊罗马药物中可制鸦片的罂粟

约翰 · 斯卡伯勒

众所周知，从最远古的希腊史起[①]可制鸦片的罂粟便在制药学和医学中扮演着重要的角色。它的使用价值不仅包含着营养学的物质，而且还被当作安眠药和一般性止痛药来经常使用。希腊罗马的医学和制药学对使用罂粟的利弊非常熟悉并能合理使用，而且对其药性知之颇深。罂粟的收获、制作、分类以及在一般制药学和临床治疗上的应用在当时是极为复杂的，而且尽可能做到恰到好处。我们古代的资料再三证明在对罂粟的了解和理解上的这种复杂性，而且希腊罗马的药剂学使长期应用罂粟变得完善了，并尊重多种用法的传统。正当我们在同大多数生物碱这种上瘾的效果作斗争的时候，而这些生物碱都是由生鸦片分解和加工而来，现代的药剂学和医药化学当然还是再次肯定了许多这方面的专门知识。有人在研究希腊罗马使用鸦片时曾注意到,这种‘天然产品’可能使人偶尔上瘾(当然是在自杀时使用),但由于其危险性不如吗啡、可待因、蒂巴因等现代药剂学和医学中的其他鸦片生物碱那么明显，

① 关于这方面及有关问题，请见拙作《崇为神圣植物的药理学：芳草和植物根》，载克里斯托弗 · A. 法拉翁和德克 · 奥宾克编:《魔法主教 古希腊魔法和宗教》(牛津，1991 年),第 138—174 页。

因此古人以为他们采集的罂粟胶乳所带来的好处远大于其危险性。

荷马史诗是希腊文学中第一个提到罂粟的作品。[①] 《奥德赛》里曾提到这种药物可以"平息一切疼痛与争吵"。还听说这种对人有益的物质是取自生长在埃及的一种植物，自从麻醉的罂粟出现以来，这个有点儿离奇的论断就产生在小亚细亚，但是在荷马时代，"埃及制造"的标签在医学上具有最大的影响力。更为奇怪的是，在我们所掌握的希腊资料中，自荷马时代至公元前5世纪，关于罂粟的记载是一片空白，其时狄奥夫拉斯图斯在其精湛著作《植物研究》[②]中研究过罂粟，那也只是很简略地介绍了如何从该植物"顶部"提取有用的汁。在希波克拉底文集中有13处论及鸦片的用处或可制鸦片的罂粟，[③]其中九处归在助产师推荐使用而男性医师极少使用的妇科学系统之中。在公元前323年至公元前1世纪时期的古希腊，医师已经非常了解鸦片镇静的危险，并增加了迪奥里斯[④]对迪亚戈拉斯、[⑤]安德烈亚斯[⑥]和姆奈西迪莫斯

① 荷马:《伊利亚特》,第8章,第306—307页;《奥德赛》,第4章,第220—230页。

② 狄奥夫拉斯图斯:《历史上的植物》,第9卷,第8章,第2节。见拙作《狄奥夫拉斯图斯论草药书和草药》,载《生物学史杂志》第11期(1978年),第353—385页。

③ E. 利特雷编:《希波克拉底文集》,10卷本(巴黎,1839—1861年),第10卷,第725页。

④ 迪奥斯科里斯,第4卷,第64、66页。著于马克斯·韦尔曼编的 *Pedanii Dioscuridis Anazarbei De materia medica*,3卷本(柏林,1906—1914,1958年修订),第2章,220—221。

⑤ 尽管韦尔曼信心十足地宣称塞浦路斯的迪亚戈拉斯可能生在公元前3世纪，但是这位医师的生平仍存在很大疑问。普林尼《自然史》中大量借用了迪亚戈拉斯的工作成果，而迪奥斯科里斯关于鸦片的理由却与之相悖。 M.韦尔曼:"Diagoras(3)", *Paulys Realencyclopadie der classischen Allterumswissenschaft* (=*RE*),第5章,第1节(斯图加特,1903),col. 311。

⑥ M.韦尔曼:"Andreas(11)",*RE*,1,pt2 (斯图加特,1894),cols. 2136—2137。

所记下的①对此麻醉品的畏惧心理所作的简要附注，我们还拥有公元前 130 年左右生活在小亚细亚西部的科洛丰的尼坎德尔②对致命鸦片过量吸食的恶果所作的更精确的描述。在科尼利乌斯·塞尔苏斯（提比略在位期间，公元 14—37 年)的《医学》一书中,人们可以发现一些有关可制鸦片的罂粟汁的医学功用，但是“塞尔苏斯从未提到鸦片从其提取的人工栽种的罂粟”。而且此后他“……从未把罂粟汁列入毒药的名单……因而他很可能只知道一种温和的罂粟汁。”③塞尔苏斯列出的止痛药里有罂粟汁，但这些淀剂的来源很可能是温和的类似罂粟的麻醉品，而不是麻醉的罂粟。

阿纳扎布斯的迪奥斯科里斯（约在公元 70 年左右）编撰了医学史上最为重要的一部著作，④他的《药物论》的第 4 章第 64 页（韦尔曼编,第 2 章第 218—221 页）第一次很好地总结了罂粟在希腊罗马治疗药物中“作”何用。迪奥斯科里斯在罗马帝国东部几省多年行医时,曾频繁使用由罂粟汁不同配制的药物。贯穿于《药物论》的迪奥斯科里斯所记录下的罂粟传统和实践使用方法，往往使人联想到临床观察把民间疗法同严谨的药理学结合起来，而且他给予人极大关注的是此药起何作用。因此，整个《药物论》的创立原理并不体现在植物形态学方面，也不体现在制药学按字母顺序

①迪奥斯科里斯引用姆奈西德姆斯的一段文字是关于这位医生的全部资料。姆奈西德姆斯可能是一位罂粟专家。 K. Deichgräber:“Mnesidemos(2)”,*RE*,第 15 章,第 2 节(慕尼黑,1901),col. 2275。

② 尼坎德尔,*Alexipharmaca*, 433—64＝A. S. F. 高和 A. F. 斯科菲尔德编,*The Poems and Poetical Fragments*(剑桥,1953),122—125。

③ W. G. 斯宾塞编译,*Celsus: De mdicina*,3 卷本(伦敦,1935—1938),第 2 章,46。

④ 参见约翰·斯卡伯勒和维维安·纳顿编，“迪奥斯科里斯《药物论》：序言，翻译,批评”,*Transaction and Studies of the College of Physicians of Philadelphia*, n. s. 4(1982),187—227(187—195)

的一览表上，而是体现在约翰 · 里德尔深刻察见的一种“药品姻亲关系”体系上[1]，即在病人服用某种特定的药物或其治疗特定的病服用合成剂之后出现的反应。这正是人们在迪奥斯科里斯对罂粟的描述中所见到的蓝图：他先是笼统地介绍罂粟生长的地方（野生的和栽培的），进而极其精确地阐述了此种药物不同形式的一般特性(见希腊 dynameis)，罂粟不同种类的一些专门名称，鸦片的配制技术，它对特殊病症的不同用途，鉴定与貌似相像的假鸦片不同的真鸦片，最后我们还拥有古代典籍中关于从罂粟荚中提取胶乳最好的描述。迪奥斯科里斯平素从不例举关于药理学著作权威，这次指出一些很早以前医生完全错误地把鸦片视为一种最危险的药品[2]。“他们这种见解是错的，通过临床经验和观察该药的效果足以把它们驳倒。”迪奥斯科里斯列出的人名有埃拉西斯特拉图斯、安德烈亚斯和姆奈西德姆斯，指出至少早在 400 多年前，医药业就对鸦片的广泛使用产生过争论。既然医师和药学家之间存在着巨大的分歧，因此在狄奥夫拉斯图斯的名著《植物研究》第 9 章③所开列的少数药物中，没有强调鸦片是不足为怪的。与老普林尼的《自然史》中关于鸦片的论述相比,在迪奥斯科里斯的著作中表明了某些共同的资料来源（没有资料显示老普林尼曾读过迪奥斯科里斯的著作，或迪奥斯科里斯读过老普林尼的著作），④至少在药品

① 约翰 • M 里德尔，*Disocorides on Pharmacy and Medicine* （Austin，Tex.，1985），94—131.

② 迪奥斯科里斯,第 5 章，64—66（韦尔曼编,第 2 章，221）。

③ 狄奥夫拉斯图斯：《植物研究》,第 9 章，12。4＝A. F. 霍特编译；《狄奥夫拉斯图斯 植物研究》（伦敦，1916 年），第 2 卷，280—281。

④参见拙作《普林尼自然史中的药剂学》对物质和来源的某些观察，收在罗杰 • 弗伦奇和弗兰克 • 格林威编的《早期罗马帝国的科学：老普林尼、他的来源和影响》（伦敦，1986），第 59—85（特别是第 62 页和第 64 页）。

方面是这样的。迪奥斯科里斯书中有关鸦片的大师名单中，普林尼增加了阿奥拉斯一人，而这个名字曾在迪奥斯科里斯的《药物论》前言中出现过。① 老普林尼用希腊语提到过“从罂粟荚里提取的药物”,即 *dia kōduōn* ，②而在拜占庭时期医生③的著作中还在沿用普林尼的这个术语。在加伦的药书中曾列出过有关鸦片及用罂粟荚制药方面权威的名单④，他们从阿斯克列皮阿德斯、特米森，⑤直至达莫克拉特斯，还包括罂粟荚诗篇⑥出自索拉努斯著作

① 斯卡伯勒和纳顿“迪奥斯科里斯《药物论》序言”,第 202 页。

②普林尼：《自然史》,第 20 章,第 200 页。

③ 例如,奥里巴西乌斯:《药的采集》,第 5 章,第 18—20 页 = J. 雷德编:*Oribaii Collectionum medicarum reliquiae*, 4 卷本(莱比锡,1928—1933 年),第 4 章,132—136（摘自盖伦及费拉格里乌斯的著作）。

④ 盖伦:《与位置相适应的化合麻醉药》(根据强度),第 7 章,第 2 页 = C. G. 库恩编 *Claudii, Galeni Opera omnia*, 20 卷本。22pts（莱比锡,1821—1833 希尔德斯海姆修订,1964—1965),第 8 章,第 38—47 页。在进一步的引文中，盖伦著作的这个版本见于“K.”卷。

⑤ 此处的阿什克勒皮阿德斯可能是比特尼阿（在罗马，公元前 120 年）的阿什克勒皮阿德斯，但是盖伦此处所指更像是药剂师阿什克勒皮阿德斯，即一位生活在韦伯芗和提泰图斯（公元第 69—81）的著名药物专家。法布里吉斯，盖伦 *Exzerpte aus alteren Pharmakologen* (柏林,1972),第 103 页。盖伦：《与位置相适应的化合麻醉药》，第 10 章,第 3 页 = K.,第 8 章,第 360 页，是推测药剂师阿什克勒皮阿德斯生活年代的重要一段。劳第西的特米森生活在奥古斯都时期的罗马（公元前 31一公元 14），可能是比特尼阿的阿什克勒皮阿德斯和所谓方法医学派医学学派传说的创始人之一的易变，关于特米森在医学发展方面的作用，请参见 J. T. 瓦兰斯：《比特尼阿的阿什克勒皮阿德斯的最后理论》（牛津,1990）,第 141—142 页。

⑥ 盖伦：《与位置相适应的麻醉药》，第 7 章,第 2 页 = K. 第 13 章,第 40—42 页，塞尔维利乌斯 · 达莫克拉特斯生活在尼禄和韦伯芗（公元 54—79）统治时期，其著作仅见于盖伦的引文之中。 M. 韦尔曼：《达莫克拉特斯（8）》,参照第 4 章,第 2 章（斯图加特， 1901）。cols. 2069—70 。法布黑吉斯：《盖伦作品摘要》，第 189 页。

的罂粟胶囊的配方，克里汤①(图拉真的御医)和赫拉斯②提到的类似的配方，以及盖伦本人对该药的描述。③ 除了解毒剂，盖伦关于鸦片的用途以及其配制特点的叙述与迪奥斯科里斯的说法极为相似，表明迪奥斯科里斯体现了当时医学界关于鸦片的主要观点，并在公元 100 年之后仍被最有学问的医生所接受和遵循。因此人们可以把迪奥斯科里斯《药物论》第 4 章第 64 页所作的阐述看做是对希腊罗马制药中学对鸦片的特性、作用及用途的深刻理解。此外，迪奥斯科里斯处于罗马帝国医学同早期继承希腊医学实践相结合的过渡阶段。而他书中所引用（为驳斥目的）的迪亚哥拉斯、埃拉西斯特拉图斯、安德烈亚斯、姆奈西德姆斯的文字则可令我们一窥有关鸦片及其乳液制作的早期著作的庐山真面目。

7 尽管迪奥斯科里斯是一位娴熟的医药植物学家，但是他对植

①伊菲苏斯的索拉努斯（公元 98—117）著作颇丰，流传于希腊的皆是其经典作品，如《妇科学》，以及两篇短文：《骨折的征兆和论绷带》，《希波克拉底的一生》（莱比锡,1927）。人们只是从盖伦的引文中了解到索拉努斯的著作。金德：《伊菲苏斯的索拉努斯》参考第 2 套丛书，第 3 卷,第 1 部分（斯图加特， 1927）。C015.1113—30（1128—9)。克赖顿(公元 96—117)陪同其皇室保护人参加了达西亚战役，是一位古代医师及历史作家。参看我的《克赖顿，图拉真的御医：历史学家和药剂师》，收在约翰·W.伊迪和乔塞亚·奥伯编的 *the Craft of the Ancient Hitorian: Essays in Honor of Chester G. Starr*（拉纳姆马黑兰州,1985）,第 387—405 页。

② 卡帕多西亚的赫拉斯生活于公元前 20一公元 20 之间的罗马，见法布黑吉斯《赫拉斯的时代》,收于《盖伦作品文摘》,第 242—246 页。其著作经常被盖伦引征。赫拉斯曾对药用植物的特性进行过调查研究，是药品和合成药物方面的专家。盖伦《与位置相适应的化合麻醉药》，第 3 章,第 1 页＝K.,第 12 章,第 610 页，载有赫拉斯的“治疗一切耳道疼痛和伤口”的多种成分药物的配方，极其相似迪奥斯科里斯的处方第 4 章,第 64.4 页(韦尔曼编,第 2 章,第 220 页）。赫拉斯的配方包括鸦片，但对一部分没药增加了乳香，而省去玫瑰油，而盖伦则认为应该增加玫瑰油这一味药。

③盖伦：《与位置相适应的化合麻醉药》，第 7章,第 2 页＝K ,第 8 章,第 43—45 页。

物形态却所言甚少，也许他以为对此感兴趣的任何人可以查阅狄奥夫拉斯图斯的精湛著作《植物研究》。在关于罂粟的开篇，迪奥斯科里斯提出某些品种的罂粟“可以种植于花园之中”①,这些观赏罂粟的种子可以制成被营养学家认为是特别有益于健康的面包。如果涂上蜂蜜，这些种子就可以成为芝麻的代用品，称为“通常的罂粟”(希腊语为 *thylaktis*)。② 它在其狭长的荚里结着一个白色种子。迪奥斯科里斯懂得，这种白色种子不具麻醉特性，他对这种源于栽培类型的提法，得到现代描述的惊人证实，指出其“种子可用来配制乳剂（最好用白色种子的罂粟）”,③ 由于这些罂粟种子“不含鸦片因，因而可用来烤在和洒在面包及面包圈上”。④ 迪奥斯科里斯时代的营养专家深知，这些种子是如何促进健康的，而现代的食品化学家则在罂粟种子的碎粉中发现了大量的卵磷脂。值得注意的是，迪奥斯科里斯所开始的关于可制鸦片的罂粟及其营养用处的部分论述，不仅体现了他的有机的原理，而且也预示了以有益食物的最初篇章编辑医疗手册的快速有效方式。⑤ 迪奥斯科里斯从观赏品种的罂粟叙述开始，提到希腊罗马人在认识和使用罂粟的两个重要方面：第一，人们把它栽培在花园里是为了一般性食用，比如制作面包，提取营养丰富的油，⑥有少数人限于用作

① 迪奥斯科里斯著作,第 4 章,第 64.1 页(韦尔曼编,第 2 章,第 218 页)。

② 参见盖伦：《混合剂和草药的特性》，第 7 章,第 12、13 页 =K. ,第 12 章,第 72—74 页。

③ 詹姆斯·A.杜克:《药草手册》(博卡拉顿,佛罗里达,1985)第 344 页。收在保罗·G.斯特克等编《默克索引》,第 8 版(Rahway,N.J. . 1986),第 850 页。

④ 杜克:《药草手册》,第 344 页。

⑤如奥里巴西乌斯：《医药的采集》，第 1 卷= 雷德编的第 1卷,第 4—27 页。

⑥ 参见杜克:《手册》,第 344 页。

麻药 第二,还有这种假设,认为野生罂粟能够提供更浓的胶乳,几乎作为独特的药物使用。谈到观赏罂粟时，迪奥斯科里斯为了引出下文药性更强的罂粟品种，包括了另外两种罂粟：一种黑籽的半野生罂粟，称为谷类罂粟(pithitis 或 rhoias) ,这样命名是因为‘它能够流出乳胶”第二个品种则极少为人工种植,其植株更小,而且“更具药性,荚也更长”。[①] 盖伦所夸张地重述的，[②]就是迪奥斯科里斯于 150 年前简要地写下的罂粟的特性。迪奥斯科里斯以一贯的严谨态度写道，“（这些罂粟的种类）的共同特性是具有镇静作用”,[③] 他接着说，煎熬的罂粟叶和罂粟荚可作热敷，催促睡眠。人们饮用这种煎成的药液可以治疗失眠，而如果药剂师把罂粟荚完全碾碎，再将之混入去皮大麦制成的泥敷剂里做成膏药，便可以治疗脓肿(*phlegmonai*) ,或者圣安东尼所患的一类热病(丹毒)。这是药性最弱的一种麻醉药,或是(在水里)煮到溶解的汤药,或是由罂粟荚和叶子以及砸碎的大麦所组成的混合物。而迪奥斯科里斯的临床经验以及这些药的配制有时提供的用处，就是帮助失眠者入睡和有效地治疗皮肤病，如皮肤红肿，臂部和腿部的脓肿，脸上的小水泡等。伊朗的民间医师们仍然用由亚麻籽油（*Linum usi-latissimum L.* ）、锦葵(*Malva spp.* ）和罂粟④制成的膏药来治疗脓

① 迪奥斯科里斯著作,第 4 章,第 64.1 页(韦尔曼编,第 2 章,第 218—219 页)。

② 盖伦:《混合物》 ,第 3 章,第 1 页 =G. , 赫尔姆赖希 *Glaudius Galenus De trm-peramentislibri* ,第 3 章(莱比锡,1894 , 修订于斯图加特,1969) ,第 87 页。盖伦：《疾病的原因》,第 3 章=K. ,第 7章,第 14 页。

③ 迪奥斯科里斯著作，第 4 章,第 64.2 页(韦尔曼编,第 2 章,第 219 页) 。

④ 杜克 :《手册》 ,第 344 页。

疮。而现代的药理学家则指出罂粟具有温和的镇静作用。[①] 尽管鸦片确有杀菌功能，但是人们仍然怀疑迪奥斯科里斯的大麦一罂粟膏能否治疗由 A 组 β 溶血性链球菌引起的丹毒症，但是，这种温和的止痛剂球菌可以为皮肤蜂窝组织炎的患者缓解病痛。[②]

迪奥斯科里斯在提出煮熟的罂粟荚和罂粟叶以及大麦—罂粟药膏的药方之后，又具体说明了这种温和的药物其他配制技术："人们可以把它制成锭剂——趁颜色尚绿时研成灰浆——于储藏室中凉干，再行使用。"[③] 这种锭剂，有时也称为小药丸（trochisks)，是直接从希腊语里借用的词汇。它易于储存和运输，风干后的片剂在溶解后仍能保持药性不变，可以作为膏药热敷。这特别表明迪奥斯科里斯用药的实践经验，同时也附带地这样具体表明，希腊罗马的优秀医师也是有技巧的药理学家和药剂师，他们不仅是药用植物学家，而且精通分辨野生植物的技巧以及将其制成药物的技能。

然后，迪奥斯科里斯叙述了麻醉药性稍强的药物，它作为一种"止痛的锭剂，可以治疗咳嗽、气管炎和腹泻"。[④] 先将罂粟荚置于水中，煮至只剩一半水时加入蜂蜜，然后再煮，直至"水分全部凝结"。这个过程便得到了糖浆，可使其凝固制成药片，储存起来，而溶解之后就可用作希腊罗马人治疗咳嗽的一味药物，或者像现代止咳液饮用，对这种止痛药品，迪奥斯科里斯作了详细

① R. G. 托德编：Extra Pharmacopoeia Martindale，第 25 版（伦敦，1967），第 810 页。

② 同上。第 802 页，对传统的鸦片擦剂和药剂提出质疑："没有当地的止痛药作用的证明"。

③ 迪奥斯科里斯著作，第 4 章，第 64.2 页（韦尔曼编，第 2 章，第 219 页）。

④ 同上。

说明。“罂粟荚可以被制成液体药液或止咳糖浆”，[①]可见古代人用罂粟治疗咳嗽已有2000年的历史。正如现代生药学主题所一再强调的，“鸦片尽管和吗啡有着很多相似之处，但其药性缓慢，因此在很多情况下，例如在治疗腹泻时更可取”，[②]这再次说明了一千年前迪奥斯科里斯的深刻意见，即罂粟荚可用于“治疗腹泻”。

如果将天仙子胺、金合欢与煮过的蜂蜜一罂粟荚混在一起配制，那么这种配制的药就是“更为有效的”[③]治疗咳嗽和腹泻的良药。罗马其他一些医学作者也赞同迪奥斯科里斯介绍的用天仙子胺和金合欢来防治呕吐和腹泻。[④]一贯严谨的索拉努斯建议将两种物质混合使用，[⑤]并指出这些物质（在许多物质中）可以增强止血或收缩作用的效果，也就是我们所说的消化道中的吸收作用。现代临床中证实了使用金合欢治疗咳嗽的效果：“金合欢是一种润肠型锭剂。”[⑥]金合欢是一种著名的“阿拉伯树脂”，干缩的树脂是从塞内加尔金合欢，阿拉伯金合欢以及生长在北非和中非其他种类金合欢的主干和枝干提取出来的。阿拉伯树脂的成分——用现代的话说——很好地说明了其药用特性，因为它通常含有阿拉伯

① 詹姆斯·E. F. 雷诺和安娜B. 普拉萨德编：*Martindale: The Extra pharmacapoeia*，第28版（伦敦，1928），第1029页（No. 6260－y）.

② 如乔治·爱德华·特里斯和威廉·查尔斯·埃文斯：《生药学》，第1版（伦敦，1978），第576页。

③ 迪奥斯科里斯著作，第4章，第64. 2页（韦尔曼编，第2章，第219页）。

④ 如普林尼《自然史》，第26章，第49页盖伦：《患部》，第2章，第9页＝k. ，第8章，第114页。参见迪奥斯科里斯著作，第1章，第97页（韦尔曼编，第1章，第87—89页）。

⑤ 索拉努斯：《妇科学》，第1章，第50. 3页（伊贝格编，第36页）。

⑥ 雷诺兹和普拉萨德编：*Martindale*，第949页。

糖和阿拉伯酸的钙盐，以及一些镁和钾。① 这种天然的组合使得阿拉伯树脂成为一种良好的黏液、药片赋形剂、乳化剂和增稠剂。② 在古代止咳药中加入金合欢就使这种明智的想法变成另一种情况：迪奥斯科里斯曾讲到为了储存给罂粟荚加入蜂蜜锭剂，留待日后使用；希腊罗马药物学家将罂粟荚、蜂蜜浆、阿拉伯树脂混合在一起,以增强其药性,或者如《墨尔克索引》11 版第 11 页中注释所言“:(金合欢的使用)对增添稳定的乐趣和渴望贮藏寿命是很重要的。”

与官方药学及制药学中一直延用金合欢不同，天仙子胺在 1830 年就‘已经不用了”。③ 很多罗马人都知道天仙子胺能够有效地治疗痢疾和轻度腹泻。④ 胱氨酸的火花寄生草汁是大花草的一种与槲寄生有关，具有止血特点，现在仍然是南欧国家民间医药中的一味重要药物。⑤ 现代药典中并没有胱氨酸，而且也没有记录其药物学的资料，但是作为生长在岩蔷薇灌木（此树可产香脂）根部并开出鲜艳黄花的寄生植物，希腊罗马医药植物学家清清楚楚地记下了其同香脂冷杉的关系以及其治疗各种程度腹泻的效用。如同迪奥斯科里斯写的（可能引用了塞克斯提乌斯 · 尼格尔的文 10

① 威廉 · 查尔斯 · 埃文斯：《特雷斯和埃文斯》的生药学，第 13 版（伦敦，1989），第 373 页。

② 苏珊 · 巴达文莉等编:《默克索引》,第 11 版(Rahway, N. J. , 1989),第 11 页(No. 10).

③ 沃尔夫冈 · 施奈德：《现代药物学词典》,7 卷本，第 9 部分（法兰克福，1968—1975）,第 5 编,第 1 部分,第 419 页。

④ 迪奥斯科里斯著作，第 1 章,第 97. 2 页(韦尔曼编,第 1 章,第 87—88 页）。盖伦:《混合剂和草药的特性》,第 7 章,第 10. 27=K. 第 12 章,第 27—28 页。

⑤ 奥列格 · 波留宁:《欧洲花》(伦敦,1969),第 61 页。

章)，[①]天仙子胺具有与金合欢类似的性质，但是天仙子胺“更有止血效能，且更干燥”。[②] 若将 cytinus 汁与阿拉伯树脂混合在一起，再加入煎熬的蜂蜜和罂粟荚制剂，似乎会加强此药的止泻功能，但是这种疗法也可能使患者在轻度腹泻之后出现便秘。痢疾就全然是另一回事了。即使民间医学承认它的价值，现代生药学也没有详细解释 cytinus 被淘汰的原因。

也许罂粟籽油的收干作用会使人相信，把罂粟籽研碎，放在葡萄酒里喝下，就可以治疗腹泻甚至月经。[③] 这种想法似乎也介绍了使用带水的黑色罂粟籽膏药敷于前额和太阳穴来治疗失眠。当迪奥斯科里斯再次丢掉这些无效的想法时，他告诉我们他处理的罂粟胶乳比先前配置的罂粟制剂更具镇静作用、增稠作用和干燥作用：“一颗苦巢菜籽剂量的罂粟胶乳便可以止痛和催眠，并且可促进消化，治疗咳嗽和肠道疾病；但若食用过多则会导致昏睡和死亡。”[④]在我们重复叙述罂粟的一些用途，预先遇到罂粟制剂的配制时，我们也会了解到，如果过量服用罂粟胶乳，它会带来致命的后果。迪奥斯科里斯用苦巢菜籽（vicia ervila（L.）Willd. Or V. orobos DC)作为‘剂量单位’或‘服用量”,被认为是最好了解(希腊一罗马配药学的极其重要的一点）：苦巢菜籽因颗粒极小而常以复数形式出现在希腊语里，而罂粟胶乳的用量一定要以苦巢菜籽为服用量单位，这就指明这样剂量罂粟胶乳之效用，尤其是对于初次服用者而言。希腊一罗马医师非常清楚：若多次服用生鸦片（指

① 这样韦尔曼对界线 10 提供了参考资料，迪奥斯科里斯著作，第 1 章，第 87 页。
② 迪奥斯科里斯著作，第 1 章，第 97.2 页(韦尔曼编，第 1 章，第 88 页）。
③ 迪奥斯科里斯著作，第 4 章，第 64.3 页(韦尔曼编，第 2 章，第 220 页)。
④ 迪奥斯科里斯著作，第 4 章，第 64.3 页(韦尔曼编，第 2 章，第 219 页)。

罂粟胶乳），如我们所说，则会上瘾。[1] 随着时间的前进，服用量需要越来越大，才能达到舒适的效果，即伴有梦境和幻象的昏睡②。长时间过量服用罂粟胶乳会导致精神错乱甚至死亡。 300 克鸦片就足可以使人致命。[3]（记录显示，某些吸食吗啡的人可以在 4 小时内连续摄入 2000 克而安然无恙）。濒临死亡时，病人的症状是发冷盗汗,脉急而微,皮肤青紫,并(现代医学临床诊断)伴有肺水肿，最终导致肺功能及循环系统衰竭。 11

希腊罗马的医生深知罂粟胶乳的危险。早在公元前 5 世纪（若我们所掌握的戴哥拉斯的年代无误），在医生和药物学家中最坚决的意见是，鸦片在很多情况下作为药物使用是很危险的。不管怎样，在科洛丰的尼坎德尔（公元前 2 世纪）的六韵步诗中可以再次得到希腊人对鸦片中毒认识的完整看法，诗歌至为清楚地指出，当某个人喝下过量的“罂粟汁”时,[4] 医生和药物学家就会把它看做有致命的可能性。值得注意的是，尼坎德尔使用的动词是“在他们啜饮时”(pinōsin),[5] 表明鸦片胶乳作为一种溶剂药品是人所周知的,那些喝了鸦片胶乳的人“将完全地睡过去”。而且它明显地类似于尼坎德尔对生理毒物学家提出的临近死亡的描述：

他们的四肢发冷；他们的双眼闭着，由眼皮一动不动地束缚住。全身没有一丝力量，身体完全浸泡在有味的汗水之中，双颊变白,双唇肿胀;上下颚的结合松弛，通过咽喉，吃力的呼吸微弱而变

① 普林尼:《自然史》,第 20 章,第 199 页。

② 阿尔伯特 • F. 希尔:《经济植物》,第 2 版（纽约，1952)第 279 页。

③ 杜克:《手册》,第 345 页。

④ 尼坎德尔:《解毒药》 第 433 页。

⑤ 同上，第 434 页

冷。灰色的指甲和起皱纹的鼻孔是死亡的预兆，有时就显示为凹陷的双眼。①

尼坎德尔提出的解毒剂包括给患者服用热酒、葡萄糖浆、玫瑰油、鸢尾油，以及拍打面部有病部位，摇动其身体，以期发生呕吐，“使他脱离致命的痛苦”。②

斯克里博尼乌斯·拉古斯的《作品集》是罗马的药学发展的最重要的阶段，因为它记录了克劳狄乌斯（公元 41—54 年）③在位时期一位被介绍的精通业务的医生兼药物学家。鸦片胶乳（在斯克里博尼乌斯·拉古斯的配方中几可确定为罂粟催眠汁）经常是眼药膏的组成部分，温和的眼药水④到刺目的药膏。⑤斯克里博尼乌斯开的治痒的处方里都含有鸦片胶乳的两个配方。⑥一罗马磅重的鸦片是治疗鼻息肉的六味药物之一，⑦干燥的鸦片则掺到治疗呼吸困难的一种合成药中，⑧并且很多止咳的药丸(即‘药片”,在这里类似咳嗽糖浆）使鸦片成了重要的成分。⑨更何况斯克里博尼乌斯开的，鸦片是用于治疗体内疾病的。⑩他的这种谨慎态度也许部分地是继承了他的希腊医学传统，在鸦片（*Ad opium*）⑪

12

①尼坎德尔：《解毒药》，第 434—442 页。高和斯科菲尔德翻译，尼坎德尔著作，第 123 页。

② 同上,第 460 页。

③ 塞尔焦·斯卡诺西阿编：*Scribonii Largi Compositiones*（莱比锡，1983),第 6 章—第 7章。斯克里博尼乌斯·拉古斯随罗马克劳狄乌斯于公元 43 年入侵英国。

④ 同上,第 19—27 页。

⑤ 同上,第 28—31 页。

⑥ 同上,第 32、33 页。

⑦ 同上,第 52 页。

⑧ 同上,第 77 页。

⑨ 同上,第 85—93 页。

⑩ 同上,第 112、115、120 页。

⑪ 同上,第 180 页。

节里，斯克里博尼乌斯按照这种主要思路已经在尼坎德尔《解毒剂》中认识到鸦片中毒的症状（头晕脑胀，出冷汗，呼吸困难，昏睡),并被提出过建议 先迫使病人喝下掺有油的水,再用羽毛或皮条伸入病人的咽喉使其呕吐,接着喂下葡萄酒、醋、较多的油、玫瑰油、较多的醋和芥末酱。当然，如果用芥末倒进醋里[①]的溶剂涂于病人的腿和双脚，能够阻止病人再次入睡，是会使人感到惊讶的。不过，使病人保持清醒是主要的。

在老普林尼生活的时代(《自然史》于公元 77 年，献给提图斯），过量吸食鸦片是进行自杀的共同方法，比如帕布利乌斯 ·李锡尼 ·凯基纳的父亲，伽尔巴短暂统治时期（公元 68—69 年在位）的元老院议员，就是这样自杀的。普林尼对 P. 李锡尼 ·凯基纳[②]父亲的故事，大大增加了大量的其他内容，指出当人们患有不治之症而使生活变得乏味时，罂粟汁是平常有效的偶尔用来结束生命的手段。普林尼没有提到医生和药物学家的名字，因为他们也许专心获取鸦片，这样可以设想，鸦片在当时是公开出售的，任何人可以在许多药铺的一家药铺里购买他想要的任何一种药物。[③]

普林尼以及他引证的资料，如塞克斯提乌斯 ·尼格尔，也为迪奥斯科里斯所知晓和引用。[④] 普林尼和迪奥斯科里斯都曾观察过“天然”胶状鸦片的疗效,这种复合的混合剂‘至少含 50 种生物碱，

① “sinapi ex aceto tritum circumdatum pedibus cruribusque et a somni tempore prohibere”。

② 普林尼:《自然史》,第 20 章,第 199—200 页。塔西佗:《历史》,第 2 章,第 53 页。

③ 普林尼:《自然史》,第 24 章,第 108 页。

④ 斯卡伯勒:《普林尼〈自然史〉中的药剂学》,第 67 页。

其主要成分是吗啡’[①](吗啡平均占 16%)[②],而这种‘天然’组合与单纯一种生物碱相比在人体中要起更不相同的生理和生化作用。事实上，在弗里德里希·威廉·塞尔图纳（其学术论文发表于 1817 年)[③]从生鸦片提取出吗啡之前，所观察到的鸦片的生理特性及药物学特点是由生鸦片的多种生物碱的组合而起作用。与人们设想的鸦片胶乳（无论以何种形式服用）和吗啡以及它在实验室生产的产物海洛因（用取代羟基秘乙酰基二者——$COCH_3$ 从吗啡中提炼）的药性同样有效，要达到致命的效果，鸦片的毒性要比同样多的吗啡大 10 倍。[④] 生鸦片包含吗啡（约 20%)、诺司咳品(约 8%)、可待因(约 2.5%)、罂粟碱(约 2.5%)、蒂巴因(约 2%)、少量那碎因、普罗托平、可他宁,以及其他生物碱、袂康酸(50 种生物碱均与这种有机酸相化合），还有在包含 25% 的水[⑤]的其他成分中一些乳酸和硫酸。生鸦片的止痛作用主要来自吗啡，它可作为镇痛剂直接作用于丘脑、感觉的皮层以及呼吸和咳嗽中枢，但是其他生物碱(特别是可待因、罂粟碱、那碎因、诺司咳品、蒂巴因)对骨髓和脊髓有兴奋作用；尤其是罂粟碱和诺司咳品可以松弛肠道肌肉，因此为自古以来一直沿用生鸦片治疗腹泻作了现代的科学解释。

希腊罗马医药中有很多膏药含有（用现代术语讲）改变皮肤的成分。尽管一些现代的权威不承认其有效性，但这些含鸦片的药

① 乔治·伦兹等编：《鸦片制剂》（奥兰多，佛罗里达，1986)，第 2 页。

② 巴达瓦莉等编,《默克索引》,第 6810 页(No. 6809)。

③ 罗纳德·D. 曼《现代麻醉药的使用，关于历史起源的一项探索》（波士顿，马萨诸塞，1984),第 471 页。

④ 托德编 :*Martinadale* ,第 801 页。

⑤ 巴达瓦莉等编,《默克索引》,第 6810 页(No. 6809）及参考资料。

物一直沿用了几个世纪。① 冷却后的玫瑰油和罂粟胶乳混在一起被认为是治疗头痛的良药：②罂粟胶乳和玫瑰油作为一种涂擦剂使用，是一般性的液态外用药。当然，玫瑰花瓣现在仍被用来制作一种易挥发的油(玫瑰油)，③这种油依然是香水制造业中的重要原料。可是，直至 20 世纪初，玫瑰油在药学和医学中只起较小的作用,成为加到含酒精的内服制剂的"爽快的香料",如同石蜡膏药和药膏一样。这二者对药用目的来说成本过高且药性过强。④ 迪奥斯科里斯建议用罂粟胶乳（液体）⑤与杏仁油、番红花和没药调和起来治疗耳疾：人可以把这种混合剂滴进耳朵里。若将鸦片胶乳与番红花、烘好的蛋黄混在一起，就可以制成眼药膏（或眼药水，迪奥斯科里斯并没有用这个名词），而且在治疗丹毒的药物中，人们又能够见到鸦片胶乳（这次是泡在醋中）。对治疗痛风（希腊人把它说成治疗脚痛），鸦片胶乳加入人奶和番红花便是外敷良药。迪奥斯科里斯写道：如同他提出的那样，在罂粟胶乳最通常的用途中"将其涂于手指作为栓剂使用,它可起催眠作用。"⑥

杏仁油取自巴旦杏的种子，这种不挥发的油对油质注射是最好的赋形剂，⑦但其主要的生理作用（作为一种温和的轻泻药）与此无关。番红花指的是深黄色的番红花型的干燥的柱头。任何药

① 托德编：*Martindale*，第 802 页（鸦片）。

② 迪奥斯科里斯著作,第 4 章,第 64.4 页(韦尔曼编，第 2 章,第 220 页)。

③ 特雷斯和埃文斯:《生药学》,第 411 页。

④ 霍雷肖·C. 伍德、查尔斯·拉沃尔等编：《美国处方手册》，第 22 版（费城，1937）,第 773 页。

⑤ 迪奥斯科里斯著作，第 4 章,第 64.4 页(韦尔曼编,第 2 章,第 220 页)。

⑥ 同上。

⑦ 特雷斯和埃文斯:《生药学》,第 313 页。

物，无论在古代还是现代，只要掺入番红花作为一种成分，其造价便会大大提高"生产 1 公斤的番红花需要 10 万瓣花朵。"[①]番红花油（取自柱头和花瓣）含有 34 种成分，主要是萜烯、萜烯油和脂类，作为耳滴剂的这些成分的效用还需加入鸦片胶乳，药典里有鸦片酊和番红花一项，而西德纳姆的鸦片酊(一种由鸦片、桂皮、丁香和番红花制成的酊剂）则列在马丁达尔《药典外补》（1982，第 28 版）里，[②]现代药物学家也用番红花与鸦片相混合（西德纳姆的鸦片酊含有 1%w/v 无水吗啡，建议用量为 0.25—2ml），而希腊罗马药物学家也很可能了解番红花和鸦片混合后的效能。这对确定推测现代耳痛药中的制药特性，具有启发意义，从而人们就可以预言从古代到现代制药的某些相似之处。

在当时出的医学文献中并没有记载烘鸡蛋和人奶作为外用疗药的制药特性，尽管在 20 世纪初"明矾凝乳"(鸡蛋加明矾)通常被用来作止痛剂，[③]而且很多国家里用面包蘸牛奶来治疗脓肿仍然是民间有益的药物。不管怎样，迪奥斯科里斯的一手指长的上胶的鸦片栓剂也得到近现代的推断结果："加铅的鸦片栓剂可以缓解直肠和骨盆疼痛，五倍子和鸦片药膏则可治疗痔疮。"[④]现代医学文献和研究没有指明鸦片的任何催眠作用，即使迪奥斯科里斯及其资料完全确信这种结果。

没药是著名的油松脂，它作为棕红色的块状是从树皮自然裂缝中采集的，这种树是马伊诺称述的"'稀少的'、'带残缺样子的'

① 乔治 · 厄舍：《人们使用过的植物词典》（伦敦，1974），第 183 页。
② 雷诺兹和普拉萨德编：*Martindale*，第 1022 页。
③ 伍德和拉沃尔编：《处方手册》，第 805 页。
④ 托德编：*Martindale*，第 802 页，引自 *Martindale* 第 28 版。

不祥之兆'[①]的那一种树，它生长在东北非和南非。希腊罗马医生在很多方面使用没药，[②]而迪奥斯科里斯的耳朵滴剂是没药加上鸦片、杏仁油、番红花,备受瞩目,有着确实的疗效和好处,特别是在外耳道开始发生疼痛或受损时，更是如此。没药溶液（其块状易溶于水）是抗革兰氏阳性细菌的药物，此种细菌包括了多数伤口里的细菌。[③] 如果你认为番红花具有减低这种可能的微生物特性，现在与抗革兰氏阳性细菌的特征相结合，外加鸦片的止痛效果，你就会弄清什么确实是治疗耳痛的常用药物。此外，迪奥斯科里斯对使用鸦片指出既要谨慎而又有益处的两个方面，以及他开出的各种配方，甚至值得现代的药物学家们敬佩。是迪奥斯科里斯推断的全部成果，表明他一生的关注和不辞辛苦的观察这些"药物"的制作以及如何安全使用它们。

15

《药材学》第 4 章第 64 页第 5—7 行没有提出鸦片的进一步应用和鸦片胶乳的用处，或是从罂粟提炼的药品的任何配制，但是在简单地驳斥了古希腊医学权威否认鸦片的医疗学作用之后，迪奥斯科里斯介绍了如何鉴别'假鸦片",最后描述了如何收获罂粟,如何制造整个鸦片和单独的胶乳。如果我们回想一下他已经具体说明了'何时'进行这种收获的重要性 当(罂粟荚)尚绿时(《药材》,第 4 章,第 64 页,第 2 行),其籽是隐藏的,即使对这种细口裂缝的传统或整个罂粟荚在这个特殊生长阶段的利用，以及通过现代化学解释这一传统，也有非常重要的原因。这种历史悠久的收获罂

① 吉多·马吉诺：《有疗效的技能，古代世界的人类和损伤》（坎布里奇，马萨诸塞,1975),第 212 页。

② 同上,第 215—217 页及参考资料。

③ 同上,第 217 页。

粟胶最佳时期的知识，古代农民和植物学家们经过上千年试验和错误而获得的知识取得了与生物源和植物化学研究惊人的一致。

测定鸦片生物碱的生源说，如一个现代主题所叙述的，是“植物化学研究历史上最为辉煌的篇章。”①在罂粟荚里最先存在的生物碱是蒂巴因，不可逆的转化形成可待因，而后变成吗啡。当然，现实的生物化学变化过程自然要比这种概括复杂得多，而现代人们看到的问题在于为什么古代和现代收获罂粟胶乳都要在尚未完全成熟之前。古代的医生和药物学家深知，罂粟胶乳在罂粟荚完全成熟之前已经具有一定的药效，他们也可能知道这种药效恰恰就在我们称之谓安全使用药物的范围之内。人们期待着植物化学家和药物学家这样的未来研究方案，即在完全成熟的罂粟荚里测定吗啡的含量：有 20％的含量（这个数字是人们在罂粟荚裂开但仍然是绿色时测定的），还是更加成熟的罂粟荚胶乳比希腊罗马医学和药学广泛使用的那种致命物质更危险呢？

如果将现代人收获罂粟的技艺② 同迪奥斯科里斯在公元 70 年描述的技艺比较一下，就表明若干世纪以来变化不大。迪奥斯科里斯的用词，“在罂粟荚尚绿时”比起现代人“颜色由绿转黄”③，似乎更加精炼。尽管使用了正规的工具，比如刮刀、石砖、容器、小刀和复式切开刀具，④但无论现代土耳其式还是印度式的割胶方法与迪奥斯科里斯描述的方法都大同小异：

16

“绘出他的收割胶乳的方法并无不当之处；有些人在把罂粟荚

① 特雷斯和埃文斯：《生药学》，第 561 页。
② 埃文斯：《特雷斯和埃文斯的生药学》，第 583 页。
③ 特雷斯和埃文斯：《生药学》，第 570 页。
④ 《生药学》，第 571 页；with Fig.，第 170 页。

和罂粟叶搅拌在一起之后，用压榨机把乳汁压出来，并捣成灰泥，再制成药膏；这种药物叫做罂粟汁，比胶乳的药性要弱。但是当提取胶乳时，人们必须等露水蒸发后，用刀子在外壳上划一个星状的轮廓，以便切口不要进入罂粟荚的里面，在荚的侧面靠上部位划入一条直线，用贻贝壳来接滴下的罂粟汁，过一会儿再转向该罂粟荚就会发现另一滴凝结的罂粟汁，第二天还会再发现另一滴凝结的罂粟汁 这时必须把罂粟汁搅拌成灰浆，在把它制成锭剂之后就贮存起来。在割荚取汁的时候人应该尽量站远，免得罂粟胶乳沾到衣服上。'①

古代的药骗子是很平常的。② 检验假冒鸦片是一个医生的技术和责任的一部分。迪奥斯科里斯的鉴别方法既清楚又简单，值得全文引用：

5. 上乘的胶乳黏稠色深，闻起来有催眠效果，味苦，易稀释，柔滑，呈白色 封入蜡丸后不粗糙，不结块，亦不凝固 铺在太阳下晾晒、燃烧后，无深色火焰，保持原有气味。而制假药者则用海罂粟的汁液、金合欢树胶或野生生菜汁液为原料。假药由海罂粟汁制造就类似番红花药液，它由野生生菜制造则失去鸦片味道且显粗糙，它由金合欢树胶制成的显得稀薄且半透明。

6. 有些人用非常愚蠢把动物脂肪掺入胶乳来治病。把胶乳装在新的陶罐里烧烤至松软呈棕橙色后，可制成眼药膏。③

现代，鸦片依然是重要的一项贸易，因此在当代论及药用植物

① 迪奥斯科里斯著作，第 4 章，第 64.7 页（韦尔曼编，第 2 章，第 221 页）。

② 见维维安·纳顿：《古代麻醉药贸易》，载《王室医学协会杂志》，第 78 期（1985，第 138—145）。

③ 迪奥斯科里斯著作，第 4 章，第 64、65、66 页（韦尔曼编，第 2 章，第 220 页）。

时人们发现一批追随者不应感到奇怪":因为(海罂粟)汁液是一种通便、镇静药物，并可作鸦片的掺杂剂。 '[①]金合欢的树胶是"浅棕色的",[②]这便不难解释为何迪奥斯科里斯要煞费苦心地写道，由金合欢树胶制作的假鸦片为何是'半透明的",而且'真货'在烘烤后呈棕黄色。

最后人们可以推出在古代著名理论中鸦片的作用，尤其是多成分麻醉药，人们可以在帕加马的盖伦著作中提供的广泛引文里了解到。在沃森的书中，人们也可以弄清万应灵药和耐毒性问题，但是由于万应灵药的主要成分鸦片是黑暗色，现代学术界普遍认为任何人经常吸鸦片麻醉药就会上瘾，如同 20 世纪中人们对海洛因的依赖一样。那可能是笔误，或许只是匆匆扫了一眼盖伦的著作——只为寻找自己想要发现的东西。沃森写道":(盖伦)的著作只是把关于马尔库斯不连接的章节拼凑在一起就组成了一个具有特殊价值的故事，毕竟这是世上仅存的那些给以勇气和治疗的倡议者或瘾君子的实例记录。 '[③]"瘾君子"一词浮现在所有现代读者的面前，而盖伦长篇累牍地描述马尔库斯·奥雷利乌斯国王如何使用鸦片及如何在盖伦的指导下使用鸦片却被读者们忽略了。

在老安德罗玛奇乌斯④的盖伦诗篇中，鸦片却成了一种主要成分的形象，接着这首诗的全部引文，盖伦展示了小安德罗玛奇乌斯所写的盖伦配方的内容，该配方载明二十四个德拉克马的鸦

① 厄舍:《词典》,第 275 页。

② 同上,第 12 页。

③ 吉尔伯特·沃特森:《解毒糖剂和耐毒性》(伦敦,1966),第 87 页。

④ 盖伦:《解毒药》,第 16 页 =K.,第 14 章,第 32—42 页，尤其是诗的一百二十一行。老安德罗玛奇乌斯是尼禄（公元 54—68）的御医，其子小安德罗玛奇乌斯，也是尼禄在位时的宫廷医师。法布里吉斯：《盖伦摘录》，第 185—186 页。

片。[1] 盖伦认为盖伦配方是一种广泛应用的解毒茶：除了是对毒药及有毒动物的叮咬的预防药外，它还是一种圆形的、多种成分的药剂，可以促进健康愉快的感觉，并与现代的抗镇静剂相媲美（小安德罗玛奇乌斯的配方共有六种成分，其中鸦片排在第六位，位于玫瑰油之后)。盖伦指出，在给'皇家使用'的解毒剂中，他确实使用了安德罗玛奇乌斯（其中两位并没有注明）的配方，[2]但是他也写到，马尔库斯还服用了由赫拉斯③发明的四味药物组成的解毒茶〔马兜铃、沥青、芸香和苦巢菜——就酒和油一并服下（这种药最初是作为锭剂使用的)〕，而在这减少了成分的药方中并没有鸦片。

在盖伦的《解毒药》第 1 章第 1 页[4]上具有关于这一问题关键的一段，马尔库斯 · 奥雷利乌斯确实每天以一颗埃及豆的剂量服用一种名叫抗毒剂的药物，[5]并根据其睡眠情况及每天处理国务后的身体感觉而定鸦片的用量。盖伦进一步指出，国王可以区分哪些解毒剂是优质的而哪些是用劣等原料制成的。[6] 这不仅表明马尔库斯国王通晓每种成分的药效，而且也可以看出盖伦向他这位皇族病人讲述了制作解毒剂的确切方法。国王每次服药的同时都要服食大量蜂蜜，[7]人们也可以想见马尔库斯国王受解毒

18

① 盖伦：《解毒药》，第 1 章，第 7 页＝K.，第 14 章，第 42—44 页，尤其是第 42 页。

② 盖伦：*Theriac to Piso*，第 12 页＝K.，第 14 章，第 262 页。

③ 盖伦：《解毒药》，第 2 章，第 17 页＝K.，第 14 章，第 201 页。

④ K.，第 14 章，第 3、5 页。

⑤ 盖伦：《解毒药》，第 1 章，第 1 页＝K.，第 14 章，第 4 页。

⑥ 同上，第 5 页。

⑦ 在罗马医药中，蜂蜜是一味主要的药物，且用途多样，见盖伦的著作，如《混合剂和草药的特性》第 7 章，第 12—19 页＝K.，第 12 章，第 70—71 页。迪奥斯科里斯著作，第 2 章，第 82 页（韦尔曼编，第 1 章，第 165—167 页）的记载可能是希腊罗马医学界对蜂蜜药性认识的最好总结。而迪奥斯科里斯在第 2 章，第 84 页(韦尔曼编，第 1 章，第 167 页）里用的'sakcharon”一词正巧是我们有关印度甘蔗的最早记录。

茶——加伦配方中鸦片的刺激后所产生的高度兴奋状态。

需要记住的是，真正对鸦片上瘾的人需要服食大量的鸦片来保持舒适的感觉，[①]而根据盖伦对马尔库斯·奥雷利乌斯如何服药，何时服药的描述来看，国王并没有染上鸦片瘾。马尔库斯和他的医生非常清楚他们在做什么，并且对鸦片（它只是解毒剂里的一味药物）的使用非常谨慎，尽量控制着其药性的发挥。人们从盖伦的评述，可以推断出作为罗马帝国的统治者，马尔库斯为了更好地行使国王的职责而完全可以停止服用鸦片。从这一点来看，他并没有上瘾。也许我们被当前流行的被称为“使人上瘾的物质”的负面影响折腾得精疲力竭，以至于很容易把每天服用的“水杨酸盐”和“毒品”联系起来，甚至还能把医生让我们每天服用的治疗心脏和血管疾病的阿斯匹林当成“毒品”呢。也许当我们看到关于鸦片的资料以及古代医药中经常使用鸦片作为止痛剂的资料时，不管是门外汉还是业内人士都会显出无道理的恐惧，即鸦片生物碱是弊大于利。可是希腊罗马的医生以及他们的病人却没有这种恐惧，尽管我们聪明的祖先们深知吸食过量鸦片的危害。基于现代社会里人们所持的普遍观点，也许我们要将“毒品”这一词汇永远放在解释鸦片的文字当中了。

①在所罗门索利斯-科恩和托马斯·斯托特斯伯里·吉森斯的《药物疗法》（纽约，1928）第263页中，仍保存这种经典性的描述。

第二章

外来物 烟草、咖啡、可可、茶和烧酒的输入和全球传播，16 至 18 世纪

鲁迪 · 马蒂

导 言

从 16 世纪晚期到 18 世纪早期，人们引进、接受了一些使人上瘾的物质，诸如烟草、咖啡、可可、茶和烧酒，并以惊人的速度传遍世界各地。① 这些影响精神的物质在欧洲人中和美洲、亚洲和非洲部分人中也几乎同时传入，其接受和传播情况又明显相似，足以引起相互比较。下面讨论的目的就是要作这样的比较，即在错综复杂的经济、社会和政治发展过程中，考察这五种刺激性物质从稀物珍品到日常用品的转变。

这些转变中的第一个是：在 16 世纪的变化中随着航海的大发

① 严格地说，糖也应该被看成在这一范围内，这尤其是因为它与本文讨论的这些物品在 16 至 18 世纪欧洲对其看法上有惊人的相似。然而我没有选择把糖包括进去，因为在这里考虑的大部分时期里，糖被看成一种香料、一种辅助物质而加以使用，而不是一种单独的刺激物。关于糖，读者可参阅西德尼 · W. 明茨的《甜味和权力：糖在近代史中的地位》（纽约，1985 年）。这本书主要是研究糖在盎格鲁—撒克逊世界的传播，虽然与题目多少不符，但仍是一部佳作。

现，欧洲人的眼界扩大了。欧洲的全球探险不仅引发了一场商业革命，而且同时也激起了科学和宗教思想和实践的革命，这场革命必将对世界产生持久的影响。当文艺复兴推翻了科学和哲学的现存准则，并激起肉体和物质的新的焦点时，宗教改革迫使人们接受一种新的意识，促使人们各自默祷感知上帝，并按照新的个人道德准则生活。在后来清教派和虔信派运动的现实道德中，这些新的刺激物成了衡量个人责任感的标志，时而被谴责为道德败坏和社会堕落的象征，时而又被称赞为节制和警惕的体现。

在转变的第二个过程中出现了文艺复兴和宗教改革预示的社会个性化，即早期近代国家的出现。16、17世纪出现的国家设有新的官僚机构，通过有组织的宗教运动获得合法性，依靠常备军，到处制定中央集权的商业政策，并要求合法化的公正。最初进口外来货物只是出于保持贸易平衡的重商主义做法，而一旦政府开始认识到其作为可征税货物的价值，这一状况就改变了。

大的新兴城市中心成为西欧这种新的政治结构的所在地。城市的扩张孕育了基层城市无产者，也孕育了新的商业和行政精英，而且重新确定了公私方面的界线。日益成长的社会阶层，以及在此种发展范围内固有的阶级和内在性的隔离，构成了第三个即最后的转变过程，这个过程就是对新的货物的地位和使用情况的特别影响进行检验。

下文的讨论将按照刚刚概括的转变过程从四个方面考察那些刺激物。首先要对它们在亚洲和南美之外地区的传播作一简略的考察。接着将探讨最初认识的相似性。再次将讨论世界许多地方围绕新刺激物的争论。最后，将研究它们更加广泛的传播和大众化的问题。总的来说，欧洲的书面资料恰巧是最丰富的，因此许多

讨论不可避免地成了那个大陆的中心。不管怎样，自始至终将对尽可能广泛的地理范围进行研究，而且只要有可能，将和世界其他地区进行比较。

来 源 和 传 入

大发现年代和随后的贸易扩张对本文所讨论的除一种刺激物外所有刺激物的引进提供了背景。烟草和可可是最佳的例子，二者都是随着早期欧洲人开拓美洲的殖民地带来的。一般地说，烟草是由欧洲早期探险发现者从加勒比海和巴西引入的。 1492 年前西半球之外的任何文明国家都不知道种植和使用烟草，事实上最先亲自吸烟的欧洲人是克里斯托弗 · 哥伦布船队的船员①.

在接下来的半个世纪中，烟草的知识和零星使用仍限于地中海世界，但在此后迅速传开。两本著作的出现提高了有关烟草的 26 理论知识。一本是让 · 利包尔受人欢迎的有关园艺的书《农业和别墅》 另一本是弗莱米什 · 伦贝图斯 · 多多纳乌斯于 1554 年撰写的《草药集》，它被认为是欧洲烟草种植上最早的参考资料。②让 · 尼科 1560 年担任法国驻葡萄牙王国政府大使期间通过介绍

① 一些人提出烟草源自非洲，并且在传入欧洲之前已在世界各地为人所用。例如,可见利奥 · 威纳,《美洲大发现和非洲》,三卷本(费城,1920—1922 年),第 1 卷 以及洛塞尔德 · 贝克,“Zur Ethnologie der Tabakspfeife” ，收于瑟吉厄斯 · 戈洛温编：*Kult und Brauch der Kräuterpfeife in Europa* (阿尔门廷根,1982 年),第 5—55 页。关于对烟草非美洲起源的驳斥，见冈瑟 · 斯塔尔，“Zur Frage des Ursprungs des Tabaksrauchens”， 《人类》,第 26 期(1931 年),第 569—582 页。约翰尼斯 · 威尔伯特的《南美的烟草和萨满教》(纽黑文,1987 年）系统探讨了南美的烟草使用。

② G. A.布朗格斯,*Pijpen en tabak*(布森,1964 年),第 14 页;内德 · 里瓦尔,*Tabac, miroirdu temps*(巴黎,1982 年),第 13 页

烟草对早期的烟草知识作出了贡献，因而在烟草这种使人上瘾的物质方面名垂千古。

从里斯本、热那亚和那不勒斯港口出发进行军事远征和商业冒险的军人和海员，是欧洲最先使用烟草的人。贸易把烟草带到更远的北方。后来成为全世界主要烟草经销商的英国人，16 世纪后期开始吸烟。1580 年左右，伦敦仿照印第安人烟管式样制造出第一批陶制烟管。海员和游客把吸烟习惯从葡萄牙和英国带到荷兰，进而又带到挪威，1589 年烟草出现在挪威的进口税中。①

战争和商业同样促使烟草传播到欧洲沿海以外地区。30 年战争把烟草传入中欧。1620 年英国军队占领了波希米亚的弗里德里克，人们看到他们行军经过撒克逊时在吸烟。不久，德国自己种植烟草，并成为传入奥地利和匈牙利的跳板。②

在更远的地方，烟草是通过商业渠道传入的。16 世纪 60 年代英国商人把烟草带到俄罗斯。在非洲和亚洲，烟草由葡萄牙和荷兰的海员和商人带进去的。塞拉利昂早在 1607 年就有吸烟的报道，而南部非洲是在 1652 年荷兰建立开普殖民地时接受烟草的。③ 在亚洲大多数地区，烟草以两种方式传入。中亚经过伊朗染上吸烟习惯，而伊朗则是通过葡萄牙的商业和奥斯曼军事扩张接触到烟草的。另一方面，日本直接从葡萄牙人那里学会吸烟。烟草也许随日本侵犯朝鲜半岛传入朝鲜和中国东北，在同一时期

① 见雅各布 · M. 普赖斯：《烟草勇闯俄国：为英国殖民地烟草寻求北部市场中的企业、政治和外交，1676—1722 年》，《美国哲学学会学报》，第 51 期（1961 年），第 8 页。

② G. D. J. 肖特尔：*Letterkundige bijdragen tot de geschiedenis van den tabak, de koffij en de thee*（海牙，1848 年），第 81 页；弗里德里希 · 蒂德曼，*Geschichte des Tabaks und anderer ähnlicher Genussmittel*（法兰克福，1854 年），第 165—166 页。

③ 蒂德曼：同上书。

澳门的葡萄牙人把它带入华南。①

从发现新世界而传来的第二种物品是可可。可可是用可可豆制成的饮料，亚马逊河流域、委内瑞拉和墨西哥的印第安人最早作为一种叫索科尔的有香味饮料来饮用。哥伦布探险航行带回许多物种，可可豆名列其中。然而，第一次运到西班牙时，人们认为毫无用处而扔掉了。② 墨西哥的征服者赫尔南 · 科蒂斯是学会喝可可的下一个欧洲人；他再次引入可可豆，而且也把使用它的知识带到伊比利亚半岛，并在整个 16 世纪严格保密。除偶尔运到西班牙外,直到 18 世纪初期大部分的可可豆贸易仍限于委内瑞拉和墨西哥之间。③

烟草和可可从西往东传，而咖啡来自对应的方向，是通过贸易和旅行从奥斯曼帝国引入欧洲的，现在人们承认它原产于埃塞俄比亚,从那里传到也门,渐渐为人了解,并通过 15 世纪开始的红海贸易扩展到中东其他地区，尤其是埃及，这比传入欧洲要早二百年。1510 年开罗已有咖啡，大马士革的第一家咖啡馆则于 1530 年开业。土耳其征服美索不达米亚，促进了从肥沃的新月地带进一步传播到整个奥斯曼帝国：1554 年首都伊斯坦布尔的居民已经能够品味这一新的饮料。④ 西亚的其他地区很快跟上。例如，邻近的萨非王国伊朗肯定在传入土耳其后数十年内就引进了咖啡，

① 见欧内斯特 · M. 萨托：《烟草传入日本考》，《日本亚洲学会会刊》，第 6 期(1878 年),第 68—84 页。

②该资料来自吉利恩 · 瓦格纳:《巧克力的良知》(伦敦,1987 年),第 7—18 页。

③ 见罗伯特 · J. 费里：《加拉加斯早期的殖民地精英：形成和危机 1567—1767 年》(伯克利,1989 年),第 45 页。

④ 关于咖啡在奥斯曼帝国的情况，见拉尔夫 · S. 哈托克斯:《咖啡和咖啡馆 中世纪近东一种上层饮料的起源》（西雅图，1985 年）。

因为到 17 世纪早期首都伊斯法罕的大广场上经营着许多生意繁忙的咖啡馆。[①]

欧洲不久也知道了咖啡。第一个品尝咖啡的欧洲人是德国医生伦哈特 ·劳沃尔夫,他于 1573 年在阿勒波了解到咖啡。[②] 没过太久,在 1592 年意大利医生普罗斯珀 ·阿尔皮尼就把咖啡列在草药论文里。[③] 差不多半个世纪后，这种饮料在欧洲出现，那是由威尼斯商人和亚美尼亚商人带到意大利和法国的。 1640 年威尼斯出售咖啡。在法国，马赛于 1644 年最初了解到咖啡，巴黎紧随其后。1645 年威尼斯开了欧洲第一家咖啡馆。

与此同时，开始通过海上贸易进口咖啡。荷兰人来自莫克哈的贸易记录在 1616 年提到咖啡豆，他们是最早把咖啡纳入其商业活动的欧洲人。[④] 荷兰东印度公司在数十年间把咖啡仅限在亚洲之间的贸易网络内。[⑤] 只是在 1661 年，即在荷兰东印度公司的阿姆斯特丹理事会订购的第一批样品之后二十多年，它的本国才收到

① 见 唐 ·加西亚 · 德 · 席尔瓦 ·菲格罗:*Comentarios de D. Garcia y Figueroa de la embajada que del parte de Rey de Espana Don Fel:pe Ⅲ hize al Rey Xa Abas de Persia*,两卷本(马德里,1843 年),第 2 卷,第 378—383 页 皮埃特罗 ·德拉 · 瓦勒:*viaggi di Pietro della Valle*,两卷本(布里顿,1843 年),第 2 卷,第 25 页;以及费多特 ·科托夫:*khozhenie kuptsa kotova v persiyu*,N. A. 库兹涅佐娃编(莫斯科,1958 年),第 43、48 页。也见鲁迪 ·马蒂:《沙法维时期伊朗的咖啡 商业和消费》,《东方经济社会史学报》,第 37 期(1994 年),第 32 页。

② 伦哈特 · 劳沃尔夫: *Aigentliche Beschreibung der Raiss... inn die Morgenländer*(劳金根,1582 年 格拉茨再版,1971 年),第 102—103 页。

③ 普罗斯珀 ·阿尔皮尼:*De plantis Aegypti liber* (威尼斯,1592 年),第 62页。

④ 见 W. Ph. 库尔哈斯编: *Pieter van den Broecke in Azie*, 两卷本(海牙,1962 年),第 1 卷,第 92 和 97 页。

⑤ 关于荷兰早期来自穆哈的咖啡贸易,见 C. G. 布劳沃:*Cauwa ende Comptanten:De Verenigde Oostindische Compagnie in Jemen 1614—1655* (阿姆斯特丹,1988 年)。

它首次的大宗供货。[1]

西方最早提到产于中国并在东亚久负盛名的茶叶，是在威尼斯作家兼行政官员伽姆巴蒂斯塔·拉姆西奥 1559 年的一部著作中提到的。稍后在葡萄牙传教士达·克鲁兹和小阿尔梅达的通信中也提到过。[2] 不过，尽管有这些早期的描述，欧洲对茶叶更多的了解必须等到海上贸易公司建立以后。1607 年荷兰东印度公司把它的第一批茶叶从澳门运往万丹；三年后荷兰首次接到运来的茶叶。[3] 英国东印度公司档案中最早提到茶叶是在 1615 年[4]。但只是在 1664 年一次皇家订货后，公司才于 1668 年第一次公开订货，从东方直接进茶。[5] 除了从中国海运过来外，茶叶也经过远东和莫斯科之间的陆路运抵欧洲；在西方首次从海路得到茶叶供货的同时，这条陆路也开通运行。

28

酒在欧洲当然从古代起就为人熟知。从苏美尔人的大麦酒，到希腊和罗马的葡萄酒和中世纪修道院的啤酒，酒一直与宗教仪式、经济活动和社交聚会联系在一起。10 世纪穆斯林炼金术士做过酒精提纯的实验，但是只有在 20 世纪早期的欧洲，酒精似乎才

① W. Ph. 库尔哈斯编：*Generale Missiven van Gouverneurs-General en Raden aun Heren XVII der Verenigde Oostindische Compagnie*，第 2 卷，1639—1655 年（海牙，1964 年），第 114 页；以及 J. A. van Chijs 编：*Dagh-Register gehouden int Casteel Batavia Anno 1661*（巴达维亚和海牙，1890 年），第 3 页。

② 威廉·H. 尤克斯：《茶叶传奇：茶叶和饮茶一千六百年历史概要》（纽约，1936 年），第 52—55 页。

③ T. 沃尔克：《瓷器和荷兰东印度公司》（莱顿，1954 年），第 48 页。

④ 见亨利·尤尔爵士：《霍布森-乔布森》（伦敦，1886 年；1985 年再版），第 906 页。

⑤ 见约翰·布鲁斯：《尊贵的东印度公司年鉴》，三卷本（伦敦，1810 年；1986 年再版），第 2 卷，第 210 页。

达到理想的化学分离。大规模推广和消费烧酒仍须等更长时间；直到16世纪晚期和20世纪早期，欧洲大部分地区才出现这种情况。在爱尔兰，威士忌早在1550年就是受人欢迎的饮料，但在喝葡萄酒的法国和喝淡啤酒的英国，烈性酒的普及要慢得多。17世纪30年代法国开始生产白兰地，那时酿酒商和销售商组织在同一个行会里。在英国，17世纪中期烈性酒消费量迅速增加，这主要是因为啤酒税日趋上涨。荷兰的第一个酿酒厂建于1575年，贸易高涨、繁荣以及技术革新很快使这一行业有了显著的增长。[①]

烈性酒在俄国同样很早就受到欢迎，虽然伏特加进入俄国社会生活的确切时间尚不清楚，但可能烈性酒是在16世纪前半期最先由外国雇佣军带入的。同一世纪中期，沙皇伊凡设立国家控制的酒店（卡巴）似乎证实了这一点。[②] 在这些酒吧中，烧酒——大多数是伏特加——逐渐取代了其他饮料，如蜂蜜酒、葛瓦斯和啤酒。[③]

早 期 的 看 法

早期近代社会在看待和争论这些新物品的传入上表现出惊人的相似性。最初的分类和描述不是出现在食品、饮料或宴会用品

29

① 约翰·J.麦卡斯克:《酒精提纯及其对17和18世纪大西洋世界的意义》，收在《中世纪晚期以来酒精饮料的生产、销售和消费，第十届国际经济史大会论文集》（鲁汶，1990年），第7—19页。

② R.E.F. 史密斯和戴维·克里斯琴:《面包和盐 俄国食品饮料社会经济史》（剑桥，1984年），第89页。

③ 薇拉·埃弗龙：《旧俄国的酒馆和沙龙》，《酒类研究季刊》第16期（1955年），第494页。

的标题下，而是毫无例外地属于医药品。其背景是中世纪后期欧洲科学探索基础的迅速转变，即古代经典和理性思维开始指导科学研究，实验逐渐代替遵循留传的知识。受此影响的科学中就有植物学、炼金术和医学。中世纪的药物传统、对经典产生新的兴趣，以及新植物和外来作物自然样品的流入，都促进了对植物的系统分析和分类，这些条件的结合产生了近代植物学。

社会早期用医学方法处理问题是同一过程的另一种结果。随着对身体特征和功能的实验研究慢慢地开始动摇长期以来主导医学思想的盖伦的体液病理学，有关人体运作、疾病成因及其治疗的新理论也提出来了。在实验物质和治疗用品的有效研究中，新的刺激物举足轻重。

烟草是激起强烈的植物学兴趣的刺激物之一。植物学家受命研究当地的植物和记录新的植物物种，很早就参加了西班牙人对新大陆的探险。菲利普二世的私人医生赫尔南德斯·德·托勒多1559年被派往墨西哥研究当地植物，把烟草带回西班牙，后来种在王家花园中。① 多多纳马斯著作的书名《草药集》给17世纪欧洲学者清楚地指出了烟草所属的类别。专述烟草的一章例出了长长一系列被认为可用烟草有效治愈的疾病。烟草籽和叶子被认为对各种病痛如化脓伤口、甲沟炎、脸部皮疹、淋巴结核、狂犬病等都有治疗效果。作者进而较多注意到尼古丁的医学应用，把它列为治疗头部、胳膊和脚部损伤的药品，在治疗之前必须用烟草的叶子或液汁和着葡萄酒或尿液来清洗伤口。②

① 里瓦尔：《烟草》，第12页。

② 见布朗格斯：上引书，第16—25页。

烟草很快作为一种灵丹妙药而声名鹊起。其奇异的气味使它在 17 世纪初被用作春药，而且在早期的传播阶段多少具有神圣和魔力的色彩。从更实用的角度看，烟草被人们看做是一种消毒剂，因为这时经常爆发瘟疫，人们急需预防性药物，在 1635—1636 年荷兰的流行瘟疫中，烟草作为消毒剂得到交口称赞，它在 1665 年伦敦瘟疫中和 1679 年肆虐维也纳的流行病中也保持了那种美名。① 那些从新大陆带来烟草的人也称烟草能够治疗一种同样由他们从美洲带来的疾病——梅毒。其他人认为这种物品能有效对付口渴、饥饿和失眠。② 在印度，烟草似乎已被用来治疗牙疼和蝎子咬伤。③ 最后，欧洲民间画像描绘了让·尼科呈送烟草给凯瑟琳·德·美第奇，作为医治她偏头痛的药物。毫不奇怪，最早把烟草作商业用途的是药剂师。

比当时烟草只是略差一点的被看做有疗效的药物是可可。可可豆在传入西方的早期阶段也被认为具有药用特质。欧洲人宣称：印第安人研究的用可可制成的加香料的巧克力饮料对胃有益并能治疗黏膜炎。阿兹特克人用可可作为治疗腹泻和痢疾的药物，而且也把它当做春药。许多新引进的外来品所共有的这后一特性，传到欧洲，在欧洲的精英圈子里，可可获得了使性爱完美的氛围。④

① 康特·科蒂：《吸烟史》，保罗·英格兰译自德语(伦敦，年代不详)，第 99—100 和 167 页。

② 里瓦尔：《烟草》，第 15 页，C. M. 麦金尼斯：《英国早期的烟草贸易》(伦敦，1926 年)，第 16 页；西蒙·沙马：《富人的尴尬：论黄金年代和荷兰文化》(纽约，1987 年)，第 197 页。

③ P. K. 科德：《1600 年到 1900 年间一些梵文作品对烟草的介绍》，载《印度文化史研究》，第 10 期(霍希尔普，1961 年)，第 415 页。

④ 沃尔夫冈·希维尔布希：*Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft: Eine Geschichte der Genussmittel*(慕尼黑，1980 年)，第 99 页。

可可要在冰凉时和其他香料混和在一起饮用，因而欧洲人迟迟才习惯这种新饮料的苦味。英国内科医生亨利·斯塔布为牛津一位好奇的医生朋友撰写了一篇关于巧克力的论文，指出可可的味道“又苦又涩”，“对不习惯的人来说是最不可口的”①。尽管如此,他仍盛赞巧克力是一种健康饮料,指出了它的营养特点,即能够“减轻脾病发作和嗜睡症”,“产生良好血液”,并促进“新陈代谢”。

咖啡和茶是欧洲人最初珍视为两种外来刺激物的药剂，而不是美味饮料的组成部分。杂货商和香料商长期以来把咖啡豆当做药品销售。托马斯·赫伯特称咖啡“美味可口,但更有利于健康”,并盛赞这种物质能“治胃寒、助消化、祛风和消除瞌睡”。② 三十年后,菲利普·杜福注意到咖啡能使血液“更新鲜更流畅”,指出医生们已为经期和产后妇女开方时加上咖啡。③ 无怪乎荷兰东印度公司的记录把咖啡称作“那种药物”。④

17 世纪的英国人对咖啡的看法与此相似。咖啡赢得了著名内科医生威廉·哈维的好感，他称赞其药用特质。咖啡的确成为医生日益广泛地所开的药，他们许多人把它看做受欢迎的解酒剂。⑤ 这后一种特性，以及它抑制性欲的效果，这就导致清教徒对咖啡的勉强认可。至于新开咖啡馆的店主，他们自然把这种外国

① 亨利·斯塔布(斯塔布斯):《印度神酒或关于巧克力的论文》(伦敦,1662 年),第 35 页。

② 托马斯·赫伯特:《在非洲各地旅行的岁月和亚洲伟人》(伦敦,1638 年),第 241 页。

③ 菲利普·西尔维斯特·杜福:*Traitez nouveaux et curieux du café, du thé et du chocolate*(海牙,1685 年),第 113—116 页。

④ Algemeen Rijks Archief(荷兰国家档案馆,海牙),《联合东印度公司》(VOC)第 1185 号,1650 年 8 月 29 日,第 618 页。

⑤ 艾图思·埃利斯:《便宜大学 咖啡馆历史》(伦敦,1956 年),第 15 页。

货能医治一系列疾病很快地广而告之了。

正如盖伦学说像统治着基督教医学一样统治着伊斯兰医学，所以毫不奇怪可以发现，16、17世纪阿拉伯和波斯的医学及植物学指南的作者几乎像其欧洲同行完全一样地看待咖啡。在讨论咖啡特质时，他们强调其性寒和干燥；在列举药用特质时，他们举了胃病和呼吸道疾病；在滥用咖啡对体液造成负面作用中，他们提到了痔疮、头痛以及性欲减退。①

茶很快获得了迄今保持着的有疗效的形象。在英国，早期的咖啡店店主对不了解茶的顾客做广告，说这种新饮料是“经所有内科医生认证的”新奇东西。② 法国红衣主教马扎然喝茶来治痛风。③ 在17世纪后期的俄国，茶也主要消费于医疗目的：许多人在酗酒前后饮茶。④

然而，在令茶叶为人所重视上，没有人比开明的荷兰黄金时代崛起的经验主义医学学派的医生们做得更多。学派的代表人物有像尼古拉斯·杜尔普和斯蒂凡·布朗卡尔特一样的著名医生。他们放弃传统的善恶二分法有利健康和不利健康的对立，强调医学

① 关于早期的阿拉伯著作，见哈托克斯《咖啡和咖啡馆》，第61—71页。波斯植物学词典的例子是穆罕默德·穆明·胡沙尼：*Tuhfah-i Hakim Mu'min*（德黑兰，年代不详；新版，1360年/1981—1982年），第212页新版，第697页；K.塞利格曼：*Ueber drey höchst seltene persische Handschriften: Ein Beitrag zur Litteratur der orientalischen Arzneymitteellehre*（维也纳，1833年）中提到的那些以及阿拉丁·高舍吉尔“Le eafé en Iran des safavides aux Qajar à l'époque actuelle”，收于海伦娜·德斯梅-格利哥瓦编：*Contributions au thème du et des cafés dans les sociétés du Proche-Orient*（阿克斯-昂-普罗旺斯，1991年），第75—112页。

② 埃利斯：上引书，第74页。

③尤克斯：《茶叶浪漫故事》，第66—67页。

④ 史密斯和克里斯琴：《面包和盐》，第230页。

的世俗化。茶是他们研究其对人体作用的物质之一，他们认为人体是由液汁流动推动的一台液压机。① 该学派创建者之一科内利斯·邦特科认为人体健康至少每天需要八到十杯茶，但不止于此数。有谣言说荷兰东印度公司付钱给邦特科让他大写特写这种新饮料的好处，因为他认为每天喝五十杯到一百杯也没问题。②

烧酒与茶相类似，它保有医治许多疾病的神秘性，它还是有着许多魔力。诸如威士忌、生命之水和低质白兰地的名称说明了它们声誉卓著的医药实质。进入 16 世纪很久以后，酒精提纯仍是炼金术士的传统活动，并只由药剂师进行。上文提到的让·利埃传写了一部最早叙述酒精的著作，为的是“给药剂师体验到烈酒的味道，促使他们在准备药物时要慎之又慎。”③这一过程的结果是酿 32 出白兰地，它往常被用来对付诸如瘟疫、痛风和失声的疾病。④ 16 世纪后期，柏林限制将白兰地售给药剂师，⑤而三十年后法国政府甚至限制给予药剂师和香料商生产谷物烈性酒的特权。⑥

争　论

毫不奇怪，各种外来物的传入在 16 和 17 世纪的欧洲激起了

① 卡尔·瓦森堡：*Tee in Ostfriesland：Vom religiosen wundertrank zum profanen Volksgetränk*（里尔，1991 年），第 67—94 页。

②沙马：上引书，第 172 页。邦特科写完此书后自然得到东印度公司的丰厚报偿。

③ 格雷戈里·A. 奥斯汀：《从古代到 1800 年西方社会的酒精饮料》（圣巴巴拉，加利福尼亚，1985 年），第 176 页。

④ 费尔南德·布劳德尔：《资本主义和物质生活，1400—1800 年》，西杨·雷诺兹英译本（伦敦，1973 年），第 171 页。

⑤ 奥斯汀：《酒精》，第 178 页。

⑥ 同上，第 218 页。

轩然大波。同样也不奇怪的是，在宗教改革、反宗教改革和清教运动的年代，这些争论倾向于以宗教和道德词语表现出来，即使其真正含义是政治或经济的。宗教改革使人们开始探求以个人责任为中心的人的得救。其伦理主张得救可以在自制和自律的基础上进行。清教派及其 18 世纪的后续运动虔信派，甚至更加强调一种以节制和警觉为向导的日常生活的实用道德。各种新的刺激物对思维的干扰作用，有时让人担心会更放纵，成为威胁道德秩序的幽灵，有时又使人觉得有助于更加节制，而这在欧洲教士和道德家的研究中不可避免地会突现出来。在俄罗斯和伊斯兰世界情况大致类似，那些地方为‘回归真正的信仰’而采取禁止措施，似乎与增强（新）统治者合法性的努力联系在一起。

后来，因刺激物越来越与药品无关或失去了作为新奇品的魅力，许多国家的争论趋向冷淡。变化更大的是争论的转向，反对意见从道德领域转为经济上的担心。道德家和教士继续指责烟草、咖啡和烧酒的邪恶性质和对人体的破坏作用，但已让位于政府官员；后者认识到，这些使人上瘾的物质远非只是使金库枯竭，实际上还可能变成获利来源。对于背上日益增长的军事行政支出负担的欧洲早期近代国家来说，烟草、咖啡和烧酒提供了一种扩大税收基础的绝好机会。

除烧酒外，没有一种刺激物像烟草一样频繁地成为官方禁止的目标。哥伦布船队船员之一的罗德里戈·德·杰雷兹是最早在欧洲抽烟的人，他一回西班牙，就被控有巫术而受到宗教裁判所审判，并判处了七年徒刑。[①] 1575 年墨西哥的殖民当局发出一道命

①科蒂：《吸烟史》，第 38—39、50 页；里瓦尔：《烟草》，第 13 页。

令，禁止在整个西属美洲使用烟草。在一些欧洲国家，烟草在政府的反对中很快也遇到强大的障碍。例如，在伊丽莎白时代的英国，烟草很早就成为激烈争论的话题。医学上的保守态度、重商主义者对烟草进口可能导致货币短缺的关心，以及对工人阶级中可能产生的怠工和闹事的深深担忧，使得社会上层的许多人反对这一新的“药品”。① 国王詹姆斯一世接受了其私人医生的反烟建议，1604年积极参与了这场争论，撰文猛烈攻击烟草及其使用。在题为《反对烟草》的文章中，他论述了烟草与虚荣心和道德腐败之间的联系。这位国王所称气味讨厌并对人脑有危险的烟草是一项税收，但没有受到禁止。

查理一世还是继续了其父阻止烟草使用的政策，尽管不如以前有力。② 然而，对两位统治者来说，道德上的反对已为对美洲新开发的烟草种植的关心所抵消。由于弗吉尼亚烟草游说议员的申请,王室于 1620 年试图通过禁止在英格兰种植来限制烟草的使用。1627 年通过颁布法令试图用节制和集中烟草的进口，要求所有烟草通过伦敦运入英国。这一措施 1630 年和 1634 年再次重申，但像限制把烟草销售权授予特许个人一样失败了。虽然詹姆斯一世和查理一世都很讨厌烟草，他们却渐渐屈从于它的经济好处。

在后来继续阻止国内种植烟草上，经济考虑、而非道德反对，起了决定作用。1652 年克伦威尔迁就弗吉尼亚商人的利益，重申国内种植的禁令。但该措施在国会激起太多抵制，以致他被迫缓

① 拉里·哈里森：《烟草捣毁，烟管砸碎：论英国首次反对吸烟运动的命运》，载《英国嗜好杂志》,第 81 期(1986 年),第 553—558 页。

②麦克莱尼斯：《早期英国烟草贸易》，第 82 页。

和这项法令，使它不能强制执行。于是所有阻止种植和消费的努力都告失败，因为它们与已牢固扎根于这个国家及其殖民地社会经济生活中的一种习俗相悖而行。

英国并不是王室反烟的惟一例子。在丹麦，国王个人也反对吸烟。国王克里斯琴四世的私人医生、植物学教授西蒙·波利在这位统治者的授意下，撰写了一篇反对烟草的论文。[①] 在其他地方，教会成为烟草最高声反对者。教皇乌尔班八世眼看教士和普通人一样甚至在教堂里吸鼻烟，担心不已。1642 年他发出一道训谕，反对在圣彼得教堂吸烟，威胁说违犯者将被革出教会。1650 年他的继任者英诺森十世重申了训谕；但五年后，由于特许在教皇领地销售烟草和白兰地，训谕因而无效。它被教皇本尼迪克特十三世正式取消，而他本人似乎就是一位贪吸鼻烟的人。[②]

在荷兰，烟草像茶一样激起了医学界的好奇心，在烟草的药用价值和娱乐效果上医生和社会道德家意见不一。[③] 一位荷兰医生称吸烟习惯使他熬过了 1635—1636 年的瘟疫，[④]而一位佛莱芒语诗人说，发现美洲的'两大收获'黄金和烟草已'比两大疾病坏血病和痘疱造成了更大的危害。'[⑤]对吸烟或所称的饮用烟草最恶毒的

① D. 西蒙尼斯·保利：*Commentarius de abusu tabaciet herbae thée*（出版地不详，1665 年）。

② 蒂德曼：上引书，第 143—144 页 科蒂：上引书，第 128—132、198—199 页。

③ 布朗格斯：上引书，第 37 页。又见约翰·兰德韦尔：*De Nederlander uiten thuis: Spiegel van het dagelijkse leven uit bijzondere zeventiende-eeuwse boeken*（阿尔芬和里吉恩，1981 年），第 63—65 页。

④沙马：上引书，第 197 页。

⑤作者不详的《烟草捣毁，烟管砸碎，乔舒亚。西尔维斯特绅士名诗集》，收在作者不详的《试验标准或烟草的试验……对过度饮酒和吸烟进一句忠言》（伦敦，1676 年）。詹姆士一世的《反对烟草》也收在其中。

攻击来自教士，尽管反对者不一定产生于教士阶层。更为典型的是，正是一般信徒在谴责吸烟，把它与虚荣和懒散联系起来。除了在莫里茨亲王的荷兰海军和陆军中禁烟外，这一争论没有多少实际作用。

火灾，加上教士的抵制，导致讲德语欧洲地区的许多城市和公国在威斯特伐利亚和约后禁止吸烟。科伦城早在 1649 年就颁布了禁令。三年后巴伐利亚效仿其例，严格禁止农民和其他平民吸烟，撒克逊在 1653 年、符腾堡在 1656 年也紧随其后[①]。伯尔尼 1661 年以烟草危害人类生殖为由，宣布使用烟草为非法，并且甚至设立了一个烟草法庭，到 19 世纪中期才取消。在奥地利，17 世纪后期许多时候烟草都受禁止。[②] 在一些德国城镇，在公共场所限制吸烟直到 1848 年革命时仍然有效。

受教士鼓励的官方反对吸烟的做法并不局限于西欧。在俄国，一个教士领导的改革运动说服了沙皇米哈依尔·罗曼诺夫在 1634 年禁止使用烟草，违抗者将被流放西伯利亚。违反禁令者要冒杖刑或割破鼻孔的风险——有时会被判处死刑。[③] 1649 年米哈伊尔的继任者阿历克谢受清教式的“虔信狂热分子”的影响，用一项新法令再次确认了这一禁令。禁令时行时止，对阻止在俄罗斯大受欢迎的烟草作用甚小，但是直到 1697 年，彼得大帝才予以取消。

① 科蒂：《吸烟史》，第 109—116 页。

② 同上书，第 166—168 页。

③ 亚当·奥利里乌斯：*Vermehrte newe Beschreibung der Muscowitischen und Persischen Reyse*（西勒斯威格，1656 年；再版，图宾根，1971 年），第 197、269、273—274 页。

在更远的东方，伊朗国王阿拔斯（1587—1629 年在位）早在 35 1600 年便宣布使用烟草为非法，据说是因为它是由其宿敌奥斯曼人传入的。① 他的继任国王沙菲在登上王位时重申了禁令。② 在邻近的奥斯曼帝国，宗教界的看法发生分歧。1633 年一场大火烧毁了伊斯坦布尔数以千计的房屋，苏丹穆拉德四世以此为借口禁止使用与政治反对活动有联系的烟草。③ 日本和印度的统治者也在 17 世纪初期严禁烟草。④ 所有这些都像在俄国和西欧一样收效甚微，在亚洲吸烟不可阻止地继续发展。

很长时间里，可可在欧洲一直是西班牙修道士在修道院中独享的一种“天主教”饮料。它只遇到寥寥无几的反对者，而且都来自该国的教士圈。16 世纪西班牙关于巧克力使用的主要争论是，它是否应被看成食物或酒类，因为这和禁食期间用它与否有关。被说成增强性欲的可可的特性似乎也是讨论的一个话题。⑤

与可可相比,茶最后成为一种典型的‘加尔文派’的饮料。天主教，以及较小程度上的路德教，很少把酒看成是一个大问题。另一方面，加尔文派和清教徒倾向于把酒谴责成魔鬼，热切欢迎把茶作

① 亚当 · 奥利里乌斯：*Vermehrte newe Beschreibung der Muscowitischen und Persischen Reyse*(西勒斯威格,1656 年再版,图宾根,1971 年),第 645 页。

② 阿布尔 · 哈桑 · 卡茨维尼：*Fawa'id al-Safawiyah*,米里阿姆 · 米尔 · 阿赫玛迪编（德黑兰,1367 年/1988—1989 年),第 48 页；和让-巴普蒂斯特 · 塔弗尼埃尔,*Les six voyages de Jean Bapt. Tavernier en Turquie, en Perse, et aux lndes*,两卷本(马特勒支,1712 年),第 1 卷,第 599 页。

③ 汉斯 · 乔奇姆 · 吉斯林：“Zur Geschichte der Rausch und Genussgifte im Osmanischen Reiche”,*Südostforschungen*,第 16 期(1957 年),第 346—347 页。

④ P. K 戈德：“1500 年到 1800 年期间印度和欧洲的烟草史”，《印度文化史研究》,第 1 期（霍希尔普,1961 年),第 431—432 页。

⑤瓦格纳：上引书，第 10 页 布兰登 · 黑德,《诸神的食品 漫谈巧克力》(伦敦,年代不详),第 79 页。关于书目资料，见肖特尔 *Letter kundige bijdragen*,第 143 页。

为克制和道德约束的象征，几乎成了一种神意的选择。英国是个很好的例子。茶无毒无害使它很快为那里的宗教界和其后关心劳动阶层状况的社会改革家所接受。荷兰医生用其学派的生物功能词语描述茶的作用 酒致病,茶治病。即使是这些人,他们在认为茶有助于警戒和虔诚上，已与更加传统的宗教界的看法走到一起了。①

虽然总的来说茶躲过了 17 世纪道德家的指责，但也并非完全没有争论。书面反对茶的一个例子是上文提到的西蒙 · 波利写的那本书，它对过多吸烟和饮茶提出警告。作者指出，喝茶过多会加快四十岁以上年龄的人死亡。② 在 18 世纪，英国人如乔纳斯 · 汉韦和约翰 · 韦斯利，强烈抨击茶的所谓女人的气味和它会导致的懒惰。③ 另一些人持猛烈攻击态度，因为穷人“ 在茶和糖上浪费了太多的钱 ”。④ 最后，在同时代的德国，中央集权化的普鲁士国家在逐渐由它控制的北部省份开展反茶运动，声称茶叶远不如在那里具有重要经济地位的啤酒富有营养。⑤

咖啡从阿拉伯半岛南端传到穆斯林世界的其他部分时，激起了要远远大得多的宗教和政治争端。⑥ 在奥斯曼帝国，宗教领袖惊恐地看到，咖啡馆作为一个聚会地开始对清真寺构成竞争，因而在 16 世纪后期不断催促苏丹禁止使用咖啡。⑦ 在萨非王朝时期

36

① 瓦森堡:上引书,第 84—86 页。

② 保利:《评注》。

③尤克斯：上引书，第 80—82 页。

④ 阿 瑟 · 杨的话，摘录于杰瓦斯 · 赫克斯利:《说茶》(伦敦,1956 年),第 10 页。

⑤瓦森堡：上引书，第 106—113 页。

⑥ 见哈托克斯:《咖啡和咖啡馆》,第 29 页。

⑦ 见弗朗索瓦 · 瓦伦丁:*Oost en Nieuw Oost-Indiën*，五卷本（多尔特勒切特和阿姆斯特丹,1726 年),第 5 卷,第 194—195 页。

的伊朗，1645 年和 1694 年发生了类似事件，咖啡馆而非咖啡成了攻击目标。① 道德界的反对鼓舞了乌理马，而世俗当局更加担心咖啡馆会与政治议论联系在一起。当 17 世纪 60 年代坎迪亚战争期间咖啡馆内群情高昂时，奥斯曼帝国首相科普鲁鲁下令关闭这些咖啡馆。然而，奥斯曼帝国在最后正式接受咖啡上是像欧洲一样充满矛盾的。虽然宗教上反感和对社会、政治分崩离析的担心导致了禁止性措施，但咖啡带来的收入最终压倒了大多数的抵制。②

把咖啡与懒散和动乱联系起来，并不仅限于伊斯兰教世界。在复辟时期的英国，咖啡也遭到许多人反对。他们把咖啡馆看成煽动滋事的温床，并疑心重重地监视着咖啡馆的增多。为压制 1666 年大火后出现在那无数新咖啡馆中的政治议论，官员们建议国王查理二世镇压这些“懒散和滋事的温床”。在此活动中，他们得到伦敦妇女意想不到的支持。她们递呈了《妇女反对咖啡请愿书》，表达对喝咖啡负作用的担忧。这些妇女——她们不允许进入咖啡馆——称咖啡是造成体内失调和男人性迟钝的饮料，抱怨她们的丈夫在家庭外打发空闲时间和浪费金钱，结果“整个种族都面临灭绝的危险”。③ 这些考虑终于使国王在 1675 年发表一项声明，下令关闭这些咖啡馆。在群众抗议风暴下，该措施不到十天就被迫取消了。④

①关于沙法维时期伊朗的取缔咖啡馆措施，见马蒂上引书。

② 苏拉伊亚·法罗奇：《咖啡和香料：16 世纪较晚时期奥斯曼官方对埃及贸易的反应》，*Festschrift für Andreas Tietze*，*Wiener Zeitschrift für die kunde des Morgenlandes*，第 76 期，第 89—93 页。

③ W. 尤克斯：《关于咖啡的一切》(纽约，1935 年)，第 66—67 页；和埃利斯上引书，第 88 页。

④ 埃利斯：上引书，第 94—97 页。

在大多数其他欧洲国家，咖啡的传入似乎没有伴随着太多争议，只有担心生计的葡萄酒供应商和啤酒酿造商有一次偶然的抗议。弗朗索瓦·瓦伦丁在 18 世纪初期写道，对咖啡的惟一反对来自正受咖啡之害的啤酒酿造商。① 征税而非禁止成为政府反应的原则。例如，1692 年法国政府通过设立咖啡税和限制包税人的进口和销售量，对咖啡实行垄断。课税同样也成为英国当局的动因。鉴于咖啡日益受到欢迎，来自啤酒的收入减少，英国政府在 1663 年很快给予咖啡馆许可证，并对出售的每加仑咖啡征收营业税。不久就发现征收该税相当麻烦，因而在 1689 年被每磅五先令的单一关税代替。

37

德国是有限度反对咖啡规则的例外。抵制部分来自于那些警惕法国影响的人，他们把咖啡当作外国饮料和时髦的奢侈品来拒绝。② 更为严重的是，国家急需税收与重商主义对外国进口的担心结合起来，使咖啡在 18 世纪的相当长时间里成为禁止措施的限制对象。德国官员认为，大量咖啡进口将危及用于啤酒生产的大麦和麦芽的销售。德国对咖啡的态度有明显的普鲁士特征，反映在官方政策的严厉性上。 18 世纪德意志各邦国颁布法令，禁止农村贫民和城市劳动阶层消费咖啡，据说是为了促进公共健康，但是更真实的原因是想保护本国的啤酒酿造商。有时候，限制贵族和教士享用咖啡的法令造成了人民起义。③ 这些措施以及类似措施的废除必须等到拿破仑战争时期。

①瓦伦丁：上引书，第 5 章，第 198 页。

② 厄尔拉·海斯：《咖啡和咖啡馆》，译自德语（韦斯特·彻斯特，宾夕法尼亚，1987 年），第 37—39 页。

③同上，第 38 页。

由于过度饮酒的明显后果，所以毫不奇怪，烧酒是受到最为反对接受的。宗教改革以来，在魔鬼经常与上帝毗邻而居的社会里，人们倾向于用朴素的道德语言来表达其反应。[①] 17 世纪欧洲旨在制止酗酒的国家措施像教士们对公开饮酒的攻击言论一样繁多：两者都多不胜举。然而，正如政府禁酒法令在增加税收的需要前打了败仗一样，宗教的忠告也不能阻止穷人沉溺于他们喜好的邪恶里。

也许最好的例子是俄国。该国早在 1540 年就开始垄断酒的销售。利益和道德的冲突是 1649 年和 1652 年禁酒法令的中心问题。一部分是在教会改革运动期间受鼓励的人们宁可上教堂而不愿把时间花在酒馆里，一部分人是要阻止把珍贵的粮食用于酿酒，这些法令通过取消酒店来控制公众饮料。国家关心征税收入，与此同时也对比传统酒类饮料纳税更多的烈性酒实行垄断。这些限制措施成效甚微，因为非法的饮酒地点在夜黑就出现了。自然国家收入也急剧下降。为顾全贪杯的人和急需现金的政府二者的利益，1662 年酒店获准重新营业。[②]

38

传 播 和 普 及

我们在这里探讨的这些物质不仅在传入和最初使用的模式上相像，而且其在社会各阶层中传播和普及的方式上也很类似。

因这一过程发生在 17 世纪商业革命的背景下，它们几乎同时

① Th. 范 · 多尔森：《Het kopergeld ran de Gouden Eeuw》，第二卷：*Volkskultuur*（亚森和阿姆斯特丹，1978 年），第 38 页。

② 史密斯和克里斯琴：《面包和盐》，第 151 页。

发生就不是巧合。咖啡、茶和巧克力最初是极其昂贵的饮料，因而只有富裕阶层可以接触到。然而，随着正常的供应系统逐渐形成，价格下跌，这些物质有更多的人开始享用。

但是，当新商品大规模的交易量导致它们的传入和供应时，对它们受欢迎的吸引力的解释绝不能归结为仅仅是它们的有用。与同时期发生在欧洲社会的变化有关的其他因素，也值得考虑。用罗杰·查蒂尔的话说,在 1500 年和 1800 年期间,“(西方)人们开始以一种新的方式想象、体验和保护私人生活。”①作为公私界线再定义的一部分，家庭生活和个人自由获得了新的意义。官僚国家对个人权利的侵犯使人们在亲密无间的家庭生活中寻求躲避。然而，与此同时，人们努力“营造一种家庭束缚之外的私人生活”，即一种建立在自由选择的各种社会和政治联系基础上的私人生活。欧洲世俗化城市中正在崛起的行政、商业和知识精英进行新式的社会交往，建立新的联系，而且经常出入从共济会地方分会到科学协会和文艺沙龙的各种新聚会场所。

在这公共生活和私人生活的变化过程中，刺激物起到了阶级和性别界线变动标志的作用。除烟草和烧酒外，最初昂贵新奇物品的普及都表现为“自上而下”的运动：普通人逐渐接受了一度是富人独有的消费习惯，而富人又经常效仿宫廷时尚。为维持阶级界线，社会上流阶层会对此作出反应，或者使用一种不同的刺激物，或者最后把正常消费提高到排他性独享的程度。这一过程中同样惹人注目是性别方面。私人生活和公共生活之间的明显区别

① 菲利普·阿里埃斯和乔治·达比编:《私生活史》,第 3 卷——《文艺复兴的热情》(剑桥,马萨诸塞,1989 年),第 399 页。

也表现在男性和女性的隔离上。

烟草的普及是沿着有点模糊不清的轨迹进行的，在这条轨迹上，社会范围的两个对立方面都在它越来越有吸引力上起着促进作用。海员和士兵把烟草传到普通人中，而欧洲王室使它的使用在精英圈中普及起来。烟叶从里斯本运到法国宫廷就是一个例子，法国王太后凯瑟琳·德·美第奇(1560—1589 年在位)笃信烟草的治疗功效。她接受这种后来被简略称为凯瑟琳奈尔的物质，加快它传播到其他国家，其中许多国家都热衷于模仿法国方式。科西莫·德·美第奇的驻巴黎大使把烟草种子送到意大利，并在托斯卡纳种植这种作物，在此同时教皇驻里斯本的使节把烟草种子引入梵蒂冈，并把它们种在花园里。这一时期烟草和宗教界联系在一起，烟草被称为（圣草）(herba santa 或 herba sacra)，就表明了这一点。[①] 18 世纪初，德意志各宫廷组成了“吸烟聚会”，其中最有名的是普鲁士国王弗里德里希·威廉一世(1688—1740)的那个聚会，这加速了莱茵河以外地区精英圈对烟草的接受。[②]

在烟草的传播中，我们也许找到了一种商品的不同用法，反映出社会差别的最佳例子。因为吸烟让上流阶层的许多人反感，而贵妇人的烟管看起来很不雅观，所以吸鼻烟成为上层人物将自己与平民区别开来的方式。于是意大利大多数教士以鼻烟的形式使用烟草。路易十三时期鼻烟传到法国，路易十四时已在宫廷特别流行，据说部分是因为这位国王讨厌烟草的烟味。[③] 该习惯从法

①里瓦尔：上引书，第 18—20 页 科蒂：上引书，第 58—60、63—64 页。

② 沃内·克卢斯：*Tabak-kollegium, Ein kulturgeschichtlicher Almanach für den Raucher*(不来梅，1967 年)。

③ 同上，第 80—81 页。

国传到其他国家。英国上流阶层在查理二世时期接受鼻烟，他自己是在巴黎期间吸上的，很快宗教界扔掉了烟管，把它留给下层群众。[①] 最后，鼻烟是 1685 年以后由法国的胡格诺派教徒传入德国的。那里使用烟草的不同方式表明了社会阶层的差异。17、18 世纪之交的一首讽刺诗反映出这一特点：

一个雇佣兵抽烟管，一个朝臣吸鼻烟，但谁是这里最优雅的？[②]

一个是吐烟者，另一个是吸烟者！

17 世纪的荷兰似乎有点是这一规则的例外，因为从荷兰风俗画看出，所有阶层都同样吸烟管。扬·斯蒂恩和阿德里亚安·布劳沃等画家的画大多描绘劳动阶层的情景，表明广泛的社会群体和男男女女都享用烟管。然而，随着 18 世纪法国影响日益增强，鼻烟在荷兰社会的上层中也习以为常。

与烟草以光速般速度传播不同，咖啡要在各地为人所知却需要几代人时间。在奥斯曼帝国，咖啡已久为人知，但伊斯坦布尔以外地区的普及到 16 世纪晚期和 17 世纪早期才形成规模，那时安纳托利亚的许多城镇都开设了咖啡馆。在欧洲，真正的普及必须等供需难题克服后才来到。海运提供了大量咖啡，价格降到适合购买，因而增加了普及性。但是只有不断增加的需求才能保证供应增多。例如，荷兰的咖啡供应直到 17 世纪 90 年代才达到相当水平。[③]

① 科蒂：上引书，第 187—188 页。

② 同上，第 26 页。

③ 克里斯托弗·格拉曼：《荷兰—亚洲贸易，1620—1740 年》（哥本哈根和海牙，1958 年），第 183 页。

有趣的是，瓦伦丁确信，是英国人教会荷兰人喝咖啡的①。英国的确更早一些获知咖啡，地中海东部的商人把它传入英国，并于 1650 年在牛津开了第一家咖啡馆。两年后伦敦也开了咖啡馆。这种饮料迅速传开，因为 1660 年荷兰东印度公司一份评论阿姆斯特丹咖啡订货的报告指出，咖啡开始在欧洲受到欢迎，但“特别是在英国”。② 到 1661 年，伦敦已自称有十二家咖啡馆，实际上 1666 年大火后才达到这个数目。

不过，在这些早期的日子里，来自东方的咖啡供货极不稳定，因此该饮料价格总是大起大落。只是随着 18 世纪价格下跌后,咖啡才在英国普及。那时候咖啡馆在大城市开始涌现，并作为聚会场所对那些从事商业和保险业的人来说具有不可替代的功能。荷兰最早的咖啡馆建于 1663—1664 年,③这时“几乎没有一个上等人的家里每天早晨不在喝咖啡”。④ 不仅是上等人，而且甚至“小

人物”，即富人家的仆人，也得一尝咖啡美味。⑤ 荷兰较大城市里的许多咖啡馆都位于股票交易所附近，商人和城市行政官员聚在那里高谈阔论和经营生意。

在法国，宫廷似乎在咖啡传入普通公众以前就已使用。该国的第一个咖啡馆于 1672 年开业，但它靠新引进的白兰地而不是靠咖啡取得更多的成功，当地人极少欣赏咖啡。1686 年随着著名的

①瓦伦丁：上引书，第 5 卷,第 190 页。

② 库尔哈斯:上引书,第 3 卷:《1655—1674 年》(1968 年),第 310 页。

③ 见迪克·阿德拉尔:“‘Turkse’ genotmiddelen in Nederland: koffie en tabak”，汉斯·西乌尼森等编：*Topkapi & Turkomanie: Turks-Nederlandse ontmoetingen sinds* 1600 (阿姆斯特丹，1989 年),第 159 页。

④ 瓦伦丁:上引书,第 190 页。

⑤ 同上。

咖啡馆普罗科佩开业，这一状况开始改变。普罗科佩与大众化的售酒业供应货物的卡巴米迥然不同，它装饰豪华，格调诱人，着意吸引高级顾客，让他们不受普通人影响有机会单独聚会。其他人很快学习这一例子。咖啡馆因而激增。[①]

讲德语的欧洲地区并非只从西方得到咖啡；与奥斯曼帝国的领土内情况相似，它也经东方陆上贸易获得咖啡。维也纳、雷根斯堡和纽伦堡通过土耳其人接触到咖啡。1688 年维也纳有四家咖啡馆，1787 年这一数字增加到六十八家。[②] 由于邻近荷兰，西部地区倾向于经过东印度贸易得到供应。就像英国人教会荷兰人喝咖啡一样，后者把这种饮料传到德国。咖啡是由上文提到的邦特科介绍到布兰登堡宫廷的，他是弗里德里希·威廉的私人医生。上流社会接受咖啡想必刺激了咖啡馆中的消费；汉堡第一家咖啡馆于 1671 年开业。咖啡馆通常由外国人开办经营，很快也扩展到其他地方。[③] 德国咖啡馆缺乏荷、英同行那样活跃的商业联系，咖啡也长期仍是排他性饮料，而且像别处一样，中产阶级到 18 世纪初才喝咖啡。在那个时期，妇女开始为自己组成特别的咖啡聚会，即所谓的‘kaffeekränzchen”。这些聚会是交流新闻和闲聊的好机会，因而可以看成是女性对那时已明显成为男性主导的咖啡馆做出的反应。

巧克力的普及经过与咖啡多少相似。由于在西班牙人保密下不熟悉可可，16 世纪荷兰人或英国人截获一艘西班牙船时就会抢

① 见托马斯·布伦南：《18 世纪巴黎大众饮料和流行文化》（普林斯顿，1988 年），第 85、132 页；马特尔：上引书，第 138—139 页。

② 见冈瑟·谢德劳斯基：《茶叶、咖啡、巧克力》（慕尼黑，1961 年），第 15—16 页。

③ 同上，第 166 页。

走他们认为值钱的东西，而把找到的可可扔入海里。① 然而，到下个世纪初，有关这种新饮料的知识开始传播。意大利是继西班牙之后最早熟悉可可的国家。1606 年佛罗伦萨懂得这种饮料。突破比利牛斯山脉以北是在 1615 年，那时奥地利国王菲利普三世的长女安娜嫁给路易十三，把西班牙的巧克力当作她嫁妆的一部分送给新婚郎君。这种新饮料在法国朝臣中迅速普及，西班牙作为流行时尚源地的地位促进了可可普及。

继西班牙之后，法国很快使可可带有了肉欲感和奢侈感。路易十四和他的西班牙王后玛丽亚·特雷萨继续了宫廷对巧克力的嗜好。不久，法国自己在西印度殖民地种植可可豆，从而使它不再依赖西班牙的供货。西班牙王位继承战争的余波也把可可带到西班牙的奥地利属地，因征税低，可可成为那里贵族和有钱人中一种受欢迎的饮料。

荷兰和英国成了积极转运可可的国家——1634 年荷兰占领库拉索岛后阿姆斯特丹成为最大的可可输入港口——但两国使用可可似乎是从法国传入的。1665 年左右，阿姆斯特丹各咖啡馆供应巧克力。② 在伦敦早期的咖啡馆里，巧克力仍被作为一种冷饮——只是到了 19 世纪发明了混合可可油和巧克力液的方法后，人们才开始吃巧克力。1657 年一位巴黎店主在英国首都开设了第一家巧克力店。17 世纪中期每磅售价十到十五先令，使得巧克力成为比咖啡甚至更具排他性的饮料。而且在 18 世纪自始至终

① 马西娅和弗雷德里克·莫顿：《巧克力：有插图的历史》（纽约，1986 年），第 11—12 页。

② J. 芬斯特拉："Wacht U voor koffiepraat: De eerste koffiehuizen in Amsterdam en hun ontwikkeling"，*Ons Amsterdam*，第 14 期，第 4 号（1962 年），第 106 页。

都保持这种地位。伦敦少数早期的巧克力店，例如怀特可可馆，后来发展成了有名的贵族俱乐部。

除了在东亚国家外，在积极输入茶叶的西北欧国家，茶也成为人们喜爱的饮料。另外，在宗教改革运动极力宣传用茶代酒的那些国家里，茶叶成了家常饮料。除荷兰和英国外，这些国家和地区包括英国(至少到 1773 年）、德国北部大部分地区和俄国。茶在俄国也成为全国性的饮料，尽管还不到 18 世纪末。这一模式的例外是从土耳其到印度也喝茶的西南亚和南亚国家。贸易路线的改变,当地适应种茶,以及英国影响日趋增大,导致 19 世纪那里的英属印度、土耳其、伊朗和俄罗斯茶叶代替咖啡。

正如前面指出的，英国最初通过荷兰得到茶叶。第一次从中国到英国的直接供货似乎发生在 1666 年。而四年前，布拉干萨的凯瑟琳作为查理二世的新娘，从葡萄牙把茶当作贵妇人的时髦饮料带入英国。[①] 然而，此后的一些时间里，茶叶继续被看做是“一种稀罕物”，在普及程度上落后于咖啡。[②]

43

这种情况的主要原因是茶叶比咖啡价格高得惊人，每磅 60 先令，是一个工人周薪的八倍。只要供应依赖私商，茶叶供货就会量少而不稳定。1686 年英国东印度公司决定把茶叶纳入其从亚洲的正常进口项目时，这一状况才告结束。结果供应数量大增。尽管从 1675 年到 1686 年大多数时期每年供应不到 200 磅，1687 年却进口了几乎达 5000 磅，以后的三年公司运来 4 万多磅。[③] 在这一过程中，东印度公司比控制咖啡贸易的私商占有优势。

① 尤克斯:上引书,第 76—77 页。

② W. 米尔本:《东方商业》,两卷本(伦敦,1813 年),第 2 卷,第 531 页。

③ 这些数据出处同上，第 2 卷,第 531—532 页。

18 世纪的英国是改变消费习惯的一个很好的例子。那时咖啡馆衰落，而茶馆兴起，迎合了男人、妇女和家庭的需要。① 令人奇怪的是，茶慢慢成为英国高级的平民饮料。茶叶作为无毒性饮料的美名也便利了它自上而下传播运动的开展。与据谣传“对头脑有害”的咖啡不同，茶被推荐给男士，同样也被推荐给女士。18 世纪早期的一份像《观众》这样的有影响的期刊无疑进一步对此做出了贡献，因为它建议读者说：“所有管理良好的家庭都应在早上用茶”。②

即使如此，英国政府强征的茶税——与咖啡税差不多同时实行——仍长期使普通群众无法用茶，结果黑市盛行。大规模的走私直到 1784 年才停止；这一年小威廉·皮特取消了政府高额的茶税，使东印度公司进口足够的茶叶来满足需求，而不用提高价格，到那时茶叶不再被看成是上流阶层独享的饮料；早先不加糖喝，现在加糖喝——现在糖也可随便买到——而且成为极需廉价卡路里的英国工人阶级必不可缺的饮料。③

像英国一样，新教的荷兰直到17、18 世纪之交才成为一个饮茶国家。邦特科医生的赞成可能对茶的普遍接受有一些影响，但充足供应造成的降价可能起的作用更大。18 世纪初期茶在荷兰日益普及，从荷兰东印度公司不断增加的运输数量上得到说明。无疑是受英国最近决定特许从荷兰进口茶叶的鼓舞，阿姆斯特丹的公司董事会 1691 年发出了 15000 到 20000 磅的订货。④ 1715

① 赫克斯利：上引书，第 79 页。
② 引自阿格尼斯·雷普利尔：《想想茶叶！》（波士顿和纽约，1932 年），第 33 页。
③ 关于这一点，见明茨上引书。
④ 库尔哈斯：上引书，第 5 卷：《1686—1697 年》（1975 年），第 407 页。

年国内需要 60000 到 70000 磅；第二年增加到 100000 磅，1724 年达到 100 万磅。①

啤酒和麦芽酒许多世纪以来为北方国家的劳动阶层提供营养。从旅行者对 17 世纪男女在公共场所醉酒的各种描述来判断，烧酒在俄国可能已早于西欧取代了这些啤酒饮料。② 在那里，人们开始消费一些白兰地，但直到 17 世纪中后期烈性酒仍被作为医用。③ 当欧洲军队中士兵上战场前喝酒成为习惯时，白兰地消费大为增加。的确，有一些人认为，17 世纪后期的土地战争，尤其是路易十四 1672 年发动的对荷兰的战争是造成烈性酒日益普及的原因。④

直到 17 世纪中期用谷物酿造的烈酒才在西北欧受到欢迎。技术更新对这一发展有些影响，因为只有提纯设备改进后，大规模酿造才成为可能，原料价廉物丰也起了作用。波罗的海地区的谷物以前所未有的数量进入荷兰，逐渐被用来生产荷兰酒或杜松子酒。1630 年前后酿酒商在谢达姆镇迅速增加，他们受惠于这些廉价的谷物进口，也得益于已学会如何制造自己的酒药。⑤ 谷物酒比葡萄酒或像朗姆酒这样的甜酒价格要低，因而很快传遍社会各阶层。结果，谢达姆的酿酒商数目从 1650 年的 11 人增加到 1775 年的 120 人。⑥

① 库尔哈斯：上引书，第 5 卷，《1686—1697 年》（1975 年），第 220—221 页。

② 见鲍里斯·M.西格尔：《俄国的饮酒 革命前俄国酒精饮料的使用和酗酒》（新不伦瑞克，1987 年），第 31—36 页。

③奥斯汀：上引书，第 250 页。

④《酒精》，第 264 页。

⑤ 同上，第 178、183、205 页。

⑥ 沙马：上引书，第 193 页。

廉价蔗糖的充足供应同样降低了甜酒的生产成本。[1] 这种发展的连续应归于西印度群岛糖业经济的确立。用甘蔗制成的朗姆酒是在 1655 年攫取牙买加后普及起来的。它在英国海军中取代了啤酒。然而，真正的普及仍限于英国和荷兰，两国的西印度公司从海外进口了大多数的朗姆酒。

烧酒是 17 世纪传入的，18 世纪继其他外来物后在人们的饮食中赢得了稳固地位。例如，杜松子酒在英国开始与啤酒和麦芽酒并列为劳动阶层最爱喝的饮料，这部分原因是英国政府鼓励国内酒类的结果。上税的英国烈酒数量从 1694 年的大约 80 万加仑增加到 1736 年的 600 多万加仑。[2] 杜松子酒在广大群众中深受欢迎，以至于国家对生产状况和公众道德深感担忧，因而以禁酒主义的杜松子酒法的政策方式取消杜松子酒。然而，这项法令为时过晚，无法超效。到了这时，烧酒早已成了一种必不可缺的大众饮料。甚至社会改革者们提倡的选择——茶叶也没能取得如此成功。

结　　论

17 世纪和 18 世纪早期，烟草、咖啡、茶和烧酒在全球迅速传播。除烧酒外，全都是从新发现地区引入的，因此带来了未知的威胁，也带来了同样多的益处。一些人欢迎它们的医药特性，另一些人对它们仍抱怀疑。追求医学新知识的医生就咖啡和可可的保健

①见麦卡斯克上引文。

② 詹姆斯·塞缪尔森：《饮料史：社会、科学和政治研究》（伦敦，1978 年），第 160—161 页。

性展开争论，称它们对身心非此即彼，或者有益，或者有害。教士则到处咒骂据说烟草和烧酒具有的邪恶特性。

如果说新大陆发现者、传教士和探险者负责了解这些刺激物，那么私商、海员和军人则进一步把它们传遍全球。地中海东部地区的商人对咖啡传播起了作用，军人则把可可和烟草带过比利牛斯山脉。在社会另一端的欧洲王室接受了巧克力和茶，这刺激和加快了精英人物也来使用它们。

这些物品是在世界范围的宗教蓬勃发展的时期传入的，引起各种不同的看法；这些看法是西方新教运动带来的社会巨变和伊斯兰官僚帝国宗教象征拨款的反应。欧洲改革运动规定自律和节制，强调个人责任是得救的前提，并且高度评价这些刺激物，因为它们符合忍耐和节制的道德生活。另一种更世俗化的变种尤其活跃于 18 世纪的英国和德国，它们把那些刺激物比作魔鬼，认为它们动摇了穷人的道德根基。

尽管争论激烈，传入后，前半个世纪的消费量毫无例外地都很少，因为供应断断续续，极不可靠。只有当新成立的东印度公司和 46 西印度公司开始把这些商品纳入其商业活动时，这一状况才得以改变。持续不断的交货保证了稳定的供应，反过来又使价格降到富人以外都能消费的水准。然而，大众市场到 18 世纪才形成,那时这些刺激物已慢慢传到劳动阶层，成为他们贫穷枯燥生活的惟一消遣和一种必要的营养成分。

在所有地方，国家在这后一过程中起了重要作用。国家最初对这些新产品心存警惕或漠不关心，但很快就认识到大众消费带来的潜在好处。尽管宗教或道德情感顽固地支持禁止措施，但禁令从来没有执行过很长时间，而且不久，急需收入的政府甚至开始

刺激消费。课税导致价格上涨，但伴随着征税而来的合法化和销售稳定也进一步刺激了贸易和消费的增长。

既不是适宜价格可能使购买增多，也不是国家实行鼓励政策，就能使这些刺激物在 18 世纪转变之际广泛普及。宗教和社会道德对那些毒害性可忽略不计的刺激物表示欢迎，也促使消费日益增多。然而，主要的催化剂是西欧正在变化的社会气候。这体现为企业家阶层的迅速成长，他们在新的商业金融机会中发财致富，并对来自远方的新产品持开放态度。在新式娱乐、新式聚会和新的关系兴起的背景下，烟草、咖啡、巧克力和茶受到广泛欢迎。咖啡馆、沙龙、集会处和俱乐部，如同为日益膨胀的城市居民或单单想逃避家庭束缚的男人们的新会场而出现。

在这一发展中，刺激物的性质和消费场所也反映出阶层和性别的差异。酒馆一度是各色人群的聚合处，现在转变为劳动阶层的场地；它作为上层居民文化娱乐中心的作用已被咖啡馆取代。后者在一段时间后又让位于普通平民无法涉足的私人俱乐部。新兴的资产阶级财力日增,追求新奇,吸鼻烟,品尝咖啡,在优雅的环境中饮用巧克力，而劳动阶层则开始出入酒馆和饮料店，在那里烟草和烧酒使他们忘掉一切。最后，商人开始在咖啡馆经营生意，而女人们只能在非公开场所喝咖啡和茶聊天。

感　　谢

我要感谢尼基·凯迪教授让我注意到这里讨论的各种物品传播中的明显类似之处，并鼓励我写作这篇论文。

第三章

18 世纪的鸦片药物学实验

安德烈亚斯-霍尔格 · 梅赫勒

一个半世纪以来时代精神如何转变，如果不对这一时期关于鸦片作用的各种观点作一简要研究，就几乎无法看得更清楚。

库尔特 · 斯普伦格尔：*Versuch einr pragmátischem Geschichte der Arzneikunde* ,第五部分(哈利,1803 年),第 329 页。

引言：对鸦片疗法的看法

在 18 世纪过程中，鸦片作治疗使用在西方医学界日渐普及。① 许多制剂中都开有这种药物，不仅作为止痛药和麻醉品，而且用作发汗药，治疗腹泻、呕吐和咳嗽。② 此外，人们认为它对治

① J. C. 克雷默：《鸦片泛滥：17、18 世纪英国和西方鸦片的医用、误用和滥用》，《英国嗜好杂志》,第 74 期(1979 年),第 377—389 页；M. 克罗特尔：《鸦片瘾》(斯图加特,1988 年),第 154—204 页。

② 见代表作乔治 · 杨《一篇以实际观察为基础的有关鸦片的论文》(伦敦,1753 年)。也可见 A. N. 宾德勒 “Schmerz und Schmerzbehandlung zwischen Sprachraum”(医学论文，巴塞尔,1986 年),第 26 页；M 西费尔德 *Opium. Eine kulturgeschichte* ,第二版(慕尼黑,1990 年),第 125 页。

疗各种神经和心理失调很有好处。[1] 18 世纪晚期和 19 世纪早期，鸦片治疗从布劳尼安的兴奋和虚弱的理论体系进一步发展。在他的《医学基本原理》一书中，约翰·布朗(1735—1788 年)把鸦片推荐为最有力的和最具扩散性的刺激物，其效力超过乙醚、樟脑、挥发碱、麝香和酒精。这一推荐部分是根据布朗的个人经验，因为他发现鸦片是医治他痛风的良药；在他看来，痛风是身体虚弱和无力引起的。他也提到自己使用鸦片和其他五种物质所做的实验，说明它们都有不同程度的刺激作用。[2] 后来，布朗的门徒经常开出鸦片药剂，用来在虚弱状态下提高兴奋度，因为根据布朗理论，大多数疾病的特征就是虚弱。[3]

①见克雷默：《鸦片泛滥》，第 380 页，M. M. 韦伯："Die Opiumkur in der Psych: atre. Ein Beitrag zur Geschichte der Psychopharmakotherapie", *Sudhoffs Archiv*，第 71 期(1987 年)，第 31—61 页。

② J. 布朗：《医学原理……》作者译自拉丁文，附评论和插图，修订和改正后的新版，附托马斯·贝多斯的自传前言，两卷本(伦敦，1795 年)，第 1 卷，第 107 页；第 2 卷，第 14 页。

③ A. Ch. H. 亨克："Abbandlung über die Wirkungsart und klinische Anwendung des Mohnasafts, mit Hinsicht auf die Meinungen der älteren, neuren und neuesten Zeit über diesen Gegenstand", *Archiv für medizinische Erfahrung*，第 4 期(1803 年)，第 765—839 页；G. B. 里塞：《布朗的医学体系：其理论和实践意义》，*Clio Med : ca*，第 5 期(1970 年)，第 45—51 页；同上，"布鲁隆治疗学：旧瓶新酒？"，W. F. 拜纳姆和 R. 波特编：《英国和欧洲的布鲁隆主义》(《医学史》，补充第 8 号，伦敦，1988 年)，第 46—62 页；V. 詹茨："Pharmacologia Browniana Pharmakotherapeutische Praxis des Brownianismus aufgezeigt und interpretiert an den Modellen von A. F. Marcus in Bamberg u. J. Frank in Wien"(药物学论文，马尔堡·安·德·拉亨，1974 年)，第 208—236 页；Th. 亨克尔曼：*Zur Geschichte des pathophysiologischen Denkens. John Brown (1735—1788) und sein System der Medizin*(柏林，海德堡和纽约，1981 年)，第 5、49 页；H. J. 施瓦尼茨：*Homöopathie und Brownianismus 1795—1844. Zwei wissenschaftstheoretische Fallstudien aus der praktischen Medizin*(斯图加特和纽约，1983 年)，第 62—65 页。

毫不奇怪，18 世纪的医生讲到了因在医疗上过多使用鸦片而引起成瘾的例子。然而，这些例子尚未被看成是非常严重的医学问题，或甚至是社会问题。通过游历近东、中东和远东的旅行者的描述，人们都知道存在习惯性地食用、而非医学使用鸦片的现象，53 但这一般被看成为东方的特殊问题，也就是说，相当于西方的烈性酒消费。①

尽管西方医药界广泛使用鸦片，但也提出了一些一般性的用药禁忌。这部分似乎是根据医学实践的经验，部分明显来自于有关鸦片作用方式的理论。例如，兰达夫的主教顾问约翰·琼斯医生（1645—1709）在 1700 年抨击了 17 世纪流行的认为鸦片会导致动物精神不振或丧失的理论。② 在他经常为人引用的《鸦片揭示的秘密》一书里，他认为这种药物的所有效果，可以用它造成一种“快乐的感觉”这一事实来说明，这种快乐感导致身体的所有感官部位的放松。③ 因此，他指出，如果身体部位不自然地放松、麻木或受伤，或者如果为促使排泄有害物质而必然有一种‘痛苦感”，那么鸦片制剂并不合适。④ 另一理论也是在 18 世纪初提出的，它认

① G. 索恩德克：《刺激物嗜好观念的出现》，载《世界药物杂志》，第 4 期（1962 年），第 275—290 页和第 5 期（1963 年），第 27—34 页克雷默：《鸦片滥用》，第 385—387 页克鲁特尔：《鸦片瘾》，第 158—180 页。

② J. 琼斯：《鸦片揭示的秘密》，第二版（伦敦，1701 年），第 36—39 页。这一古老理论的一位典型的支持者是耶拿大学医学教授乔尔格·沃尔夫冈·韦德尔（1645—1721 年）；见他的 *Opiologia ad mentem Academiae Naturae Curiosorum*（耶拿，1674 年），第 40 页。

③ 琼斯：《神秘》，第 92—98、207—234 页。

④ 同上，第 315—318 页。

为鸦片主要使血液受热、变稀和扩张。① 这一观点尤其得到该世纪鸦片治疗的两本标准著作的支持。这两本书是乔治·杨(1691—1757)的《论鸦片》(1753 年),以及巴尔萨泽·路德维格·特拉勒斯(1708—1797)的《Usus opii salubris et noxius》(1757—1762)。两位作者各自在爱丁堡和布雷斯劳行医，都强调鸦片不应开作炎症用药，因为血液受热变稀而加速循环和血管扩张会使炎症恶化。② 布朗派医生坚持这一禁忌，虽然他们的解释发生了变化。炎症和多血病都属于兴奋症（即以过多兴奋为特征的疾病），这意味着作为最强兴奋剂的鸦片是会很有害的。③

1750 年前后，鸦片的治疗重要性和对解释这种药物功效的科学兴趣，促成了以实验为基础的最早系统的药物学研究。不过，有关鸦片功效和毒性的零星研究在 17 世纪后半期已经有人进行。

最 初 的 试 验

鸦片是 17 世纪 50 年代和 60 年代在动物身上试验静脉注射

① 雅各布·德斯卡扎尔斯:*De opiatorum nova eaque mechanica operandi ratione... sub Praesidio... Dn. Fniderici Hoffmani* (海牙,1700 年),第 20 页，克里斯托弗·菲姆勒:*Der vi opii rarefaciente, a qua, ostenditur, omnia illius effecta in homine proficisci, Praesidio D. Io. Gothofredi Bergeri* (维腾堡,1703 年),第 12 页；也可见理查德·米德：《对毒物的机械解释》，收在《医学著作》里，三卷本（爱丁堡,1765 年),第 1 卷,第 1—158 页。他把快乐感觉和血液变稀的两种理论结合起来。

②杨：《关于鸦片问题》，第 25—27、32、140—143 页；B. L.特拉勒斯:*Usus opii salubris et noxius, in morborum medela, solidis et certis principiis superstructus*,四部分（布雷斯芬,1757—1762 年),第 1部分,第 80—84、171—176 页 第 2部分,第 80、123 页。

③ 亨克:上引文,第 772 页。

技术的那些物质之一。[①] 克里斯托弗·雷恩(1632—1732)和罗伯特·博伊尔(1627—1691) 在把一种温热的鸦片药水注入一只狗的腿部静脉后,发现该动物似乎变得极端"傻呆"。[②] 在同类动物试验中,约翰·丹尼尔·梅杰(1634—1693)和约翰·西格斯蒙德·埃尔肖茨(1623—1688) 得出鸦片注射使动物犯困和入睡。埃尔肖尔茨特别相信这种药物具有麻醉和止痛功效，因为他的试验动物是一只猎狗，他极力通过大叫追猎口令来吵醒它，有时他用一根针来刺昏然大睡的那条狗的舌头或一条腿。[③] 然而,必须强调的是,这些早期的注射试验并非专为鸦片的药物学研究而进行的。它们主要关心的是新的应用方法，因而观察到试验功效的意义仅在于这样的事实:注射与(从医疗实践中得知的)下面那些口服的效果基本相同。 54

早期的其他试验是有关鸦片强烈的毒性的。在1678—1679年,威廉·库坦(1642—1702)研究了几种蔬菜毒素、动物毒素和矿物毒素在狗和其他热血动物身上的反应。在口服或静脉注射鸦片后昏然沉睡又是二者的特色症状。然而，静脉注射后，起效似乎更加迅速，包括剧烈痉挛，最后导致死亡。库坦开出极大的剂量，从 50 粒到 120 粒[④]（用在人身上的通常剂量是一至两粒鸦

① 见保罗·谢尔:*Die Transfusion und Einsprützung der Arzeneyen in die Adern*(哥本哈根, 1802 年),第 36、40、45、50、206—208、211 页;N. 比斯:*Die historischen Grundlagen der intravenösen Injektion* (阿劳,1946 年),第 145 页及书中各处。

② R. 博伊尔:《论自然哲学的用处》，收在《著作》里，五卷本（伦敦,1974 年),第 1 卷,第 423—455 页,第 479 页。

③ J. S. 埃尔肖尔茨:*Clysmatica nova*,第二版(柏林,1667 年;希尔德斯海姆重印,1966 年),第 14—16 页;谢尔:上引书,第 206—208、211 页。

④ H 斯隆:《几种毒物对动物影响的实验和观察，威廉·库坦先生 1678—1679 年在蒙佩利尔所作》,载《哲学学报》,第 27 期(1712 年),第 485—500 页。丹麦植物学家和化学家奥勒·博尔奇(1626—1690 年) 也发表了让两条狗和一只猫口服鸦片的毒物学试验结果。见谢尔:《输液》,第 187 页。

片[①]）。他偶尔对他的中毒动物进行死后检查。不过，在解剖被静脉注射鸦片杀死的一只猫时,他只是说,他'没有发现血液比'自然状态'有多大改变。'[②]库坦并没有用其观察提出这种药物作用方式的理论。他似乎只对造成和描述中毒的独特症状感兴趣。

库坦的试验在 1712 年，即在他去世十年之后才公诸于世，这一年汉斯·斯隆(1660—1753) 把原拉丁文手稿的英译本交给了皇家学会。然而，在此前十年，已进行了一些与对鸦片作用方式理论思考有关的试验。前面提到的 18 世纪早期的这种麻醉剂可观察到的效果是血液变稀结果的理论，大多是医疗物理学上的臆测。

55 例如，据该理论解释，血液变稀导致脑血管扩张，这又造成神经细管和纤维的挤压，从而出现昏迷或睡眠。[③] 不过，这一理论早期的一些支持者，如理查德·米德(1673—1754)、约翰·弗赖恩德(1675—1728) 和维腾堡大学医学教授约翰·戈特弗里德·伯杰(1659—1736)，都试图提供一些试验证据：他们对被口服或静脉注射鸦片药水而死亡的狗和猫进行解剖，发现血管确实胀大，血液确实变稀。伯杰还打开了因用鸦片而昏昏欲睡和昏昏沉沉的活狗的颅骨，发现同样的情况。弗赖恩德用刚取出的狗的动脉血和人血做了补充的比较实验。在血中混入琼斯博士的万灵液（即一种鸦片药水）和西德纳姆和鸦片酊液（即一种加西班牙葡萄酒的鸦片药水）后，他发现在两个试验中狗血和人血都变得更稀，而且狗血保

① J. W. 埃斯蒂斯:《约翰·琼斯〈鸦片揭示的秘密〉(1701 年)：历史上鸦片制剂的关键》,载《医学和相关科学历史杂志》,第 34 期(1978 年),第 200—209 页。

② 斯隆:《实验》,第 493 页。

③ 米德:《机械的解释》,第 133 页;J. 弗赖恩德：《月经学》（鹿特丹和莱顿,1711 年),第 168 页;菲姆勒:上引书,第 15 页。

持了鲜红的颜色。[①] 不过就此认为这些被引用的作者实际上已在药物学实验的基础上创建了其（如人们可能称作的）“变稀理论”，仍然是不正确的。他们把他们的实验发现只是作为几个支持这一理论的(如弗赖恩德说的)“证据”之一,而他们对已知临床效果和这一药物的某些化学特征所作的猜测、解释，是造成上述认识的原因。[②]

实 验 研 究

对鸦片的实际药物学研究到 1742 年后才开始，那年爱丁堡大学植物学教授和医学之父查尔斯 • 阿尔斯顿(1683—1760）在一篇关于这一药物的综合论文中公布了一些实验结果。阿尔斯顿把迄今使用的实验方法结合起来，并扩大了实验范围：他给动物口服、注射和外敷鸦片，用的是狗和青蛙；他像弗雷恩德一样做比较试验，而且在他自己身上做实验。更为重要的是，他让当时有关鸦片的各种观点接受实验的检验。[③]

对于“血液变稀理论”，阿尔斯顿用显微镜研究了青蛙蹼足毛细管的血液流动，他让青蛙服用了鸦片药水：血液既未改变浓度，

① 米德:《机械的解释》,第 136 页;菲姆勒:上引书,第 9—11 页;弗赖恩德:上引书,第 176、178、184 页。关于弗赖恩德的比较实验，也可见 M.林登伯杰:“Pharmakologische Versuche mit dem menschlichen Blut im 18. Jahrhundert” （牙医论文,柏林,1937 年),第 9—14 页。

② 弗赖恩德:上引书,第 172 页;米德:《机械的解释》,第 135 页;菲姆勒,上引书,第 12—14 页。

③ Ch 阿尔斯顿:“一篇关于鸦片的论文”,《医学试验和观察》,第 5 期（1742 年），第 1 部分,第 110—176 页。

也未改变颜色，但值得注意的是流动缓慢了。在新取出的血液中对照混入药水和西德纳姆的鸦片酊，他观察到了凝结和沉淀，而不是变稀。因此，阿尔斯顿不赞同血液变稀的理论。① 他的自身实验是针对当时在疼痛处外敷鸦片的做法的。把鸦片膏整晚涂在他的小手指和胳膊上，根本没有产生任何效果；而把鸦片药水浇在擦伤部分和伤口表面上，会造成灼伤般的疼痛。他总结说："准切地说，鸦片不是外用麻醉药；而作为局部麻醉剂，它会产生很难消除的疼痛。"②

56

阿尔斯顿的实验预示了下一个五十年左右将要进行的鸦片药物学研究的不同方向。很大一部分实验目的在于揭示这一药物真正的作用方式。③ 科学兴趣的第二个方面是鸦片对心脏活动和血液循环的影响。第三，开展实验是为了回答当时鸦片治疗中的某些问题。

探索基本的作用方式

阿尔斯顿自己关于鸦片最初在身体上起作用方式的理论更多来自于临床经验，而不是实验工作。例如他指出，在严重后坠的情况下，服用几滴鸦片酊液几乎立刻消除疼痛，而且鸦片酊"几乎很

①《医学试验和观察》，第 153—155、160、171 页。自相矛盾的是，阿尔斯顿写到他的比较试验"与弗赖恩德博士的实验完全一致。"

② 同上，第 159 页。关于鸦片据猜想的外用功效，例如见琼斯：《秘密》，第 17、207 页。

③ M. P. 厄尔斯："17、18 世纪麻醉药和毒物试验"，载《科学年刊》，第 19 期（1963 年），第 241—254 页；K. 肖普弗："Der Schlaf aus medizinischer sicht im 18, und frühen 19 Jahrhundert"（医学论文，慕尼黑，1987 年），第 72—75 页。

快”使呕吐停止。在他看来，这意味着该药在被吸收传到血液里很久以前就已发生了作用。正因如此，阿尔斯顿得出结论说，鸦片“最初主要”影响了用药部位，即在口服的情况下，就是口腔的神经末梢。这些外围印象通过整个神经系统的“同意”或同情接着很快传开。[①] 这基本上不是一个新的理论，因为17世纪毒物学领域权威、瑞士医生约翰·雅各布·威普弗（1620—1695）在17世纪70年代后期就已持有非常类似的观点。[②] 威普弗对口服中毒的动物进行解剖或活体解剖，观察到一些药物造成严重症状，尽管药物还明显留在胃部。不过，他的实验并没有扩大到鸦片或麻醉剂。[③] 然而，在1745年，也就是在阿尔斯顿的论文发表三年之后，赫尔曼·博尔哈夫的侄子、海牙医生亚伯拉罕·卡欧·博尔哈夫（1715—1758）发表了他的动物实验报告，他在实验中用威普弗的老方法来研究鸦片的生效速度。他对因大剂量服鸦片而沉睡过去的狗进行活体解剖，注意到几个小时后胃里仍有药物，而且幽门似乎“完全紧闭”。在一次试验中，他称了用药六小时后胃里残留的鸦片数量，发现原先的三十粒剂量减少到不足一粒。因此博尔哈夫支持这样的观点，即鸦片最初作用于胃部神经（并由此影响整个神经系统），而不是通过吸收和血液循环起作用。[④]

① 阿尔斯顿：《论鸦片论文》，第165—170页。

② 见A. H. 梅赫勒：《约翰·雅各布·威普弗（1620—1695）和毒物学》（阿劳，法兰克福和萨尔茨堡，1987年），第117—120页。阿尔斯顿《论鸦片论文》，第165页引用了威普弗的话。

③ 见梅赫勒：上引文，第72—76、80—86、91—93页。

④ A. K. 博尔哈夫：*Impetum faciens dictum Hippocrati per corpus consentiens philologice et physiologice illustratum observationibus et experimentis passim firmatum*（莱登，1745年），第401—407页。

因此，有两个主要证据构成鸦片在神经方面立即起作用理论的基础：第一，对吸入和最初效果间非常短暂间歇的临床观察表明，似乎不可能有相当部分的药物已被吸收；第二，实验观察表明，在大量溶解和主要部分到达内脏即吸收部位前，鸦片已产生了它的独特的麻醉效果。① 第三个证据也是以动物实验为基础的，它是 18 世纪 50 年代由阿尔斯顿的爱丁堡同事、医学研究院教授罗伯特・怀特(1714—1766)提供的。②

怀特把鸦片对完整青蛙和对切除心脏或割掉头部并毁去脊髓的青蛙发生作用的情况进行比较。因而他试验了三种（像今天人们所说的）“动物类型”：一种是血液循环已经停止，另一种是中枢神经系统已经清除，第三种是两个系统都在起作用。怀特观察到，鸦片进入胃部和内脏后，被切除心脏的青蛙和完好无缺的青蛙同样快地失去知觉和运动。而且他注意到，把鸦片涂在肌肉或没有中枢神经系统的青蛙身体空腔内，心跳就比整只青蛙的心跳要慢得多。③ 这些发现似乎表明，在鸦片发生作用上，神经系统比循环系统要重要得多。因此怀特赞同阿尔斯顿的理

①在这一点上，必须考虑的是，根据当时的学说，吸收主要——如果不是完全——是由淋巴系统来进行，即药物必须由内脏的乳糜血管吸收，并传过长长的胸导管，然后进入锁骨下静脉血管的血液。见 N.马尼：“Darmresorption und Blutbildung im Lichte der experimentellen Physiologie des 17. Jahrhunderts”,*Gesnerus*，第 18 期(1961 年)，第 85—146 页；同上：*Die historischen Grundlagen der Leberforschung*（巴塞尔和斯图加特，1967 年)，第 84—103 页；M. P.厄尔斯：《关于麻醉药和毒物作用方式的早期理论》，载《科学年刊》，第 17 期(1961 年)，第 97—110 页。

② 也可见 R. K.弗伦奇：《罗伯特・维特：精神和医学》（伦敦，1969 年)，第 50—53 页。

③ R.维特：《用鸦片对活着和垂死动物所做的一些试验的记述》，载《试验和观察，自然和人文》，第 2 期(1756 年)，第 280—316 页。

论，即在用药处对神经末梢产生直接效果。至于鸦片的静脉注射，他提出这些征兆是对心脏内部表面、血管系统或脑髓本身应有的作用。[①]

于是在 18 世纪中期“神经理论”（人们可能会这样简称）开始超过血液变稀的理论。鸦片使膨胀的动物血管中毒一度是支撑后一理论的重要证据，现在被解释为血液循环减缓和最后停滞的结果，正如阿尔斯顿在显微镜下看到的一样。[②] 而且，怀特支持“神经理论”的实验无疑地表明这一研究领域迄今达到的最高水准。 58
他不仅对鸦片在特别准备的青蛙和完整的青蛙身上的反应进行比较。在真正对照实验中，他还研究了不用药时这一准备过程（即切除心脏、割掉头部和抽去脊髓）造成的生理变化。[③] 然而正是怀特的实验结论很快激起另一位爱丁堡大学教授、解剖学家亚历山大·门罗二世(1733—1817）的批评。

在 1761 年爱丁堡哲学学会召开前宣读的一篇论文中，门罗谈到在他的医学同事进行的重要实验中的一次“判断不当的受骗”：因为割头和去髓青蛙继续心跳，怀特因而相信（门罗解释说）鸦片仍在被吸收并与这些动物流动的血液相混合。然而，门罗通过显微镜观察到，这些青蛙微血管的血液流动停止了；而且他通过实验证明，随着循环停止，鸦片的吸入变得微不足道。因此，由于他的错误的预先假定，怀特只把缺乏中枢神经系统作为是造成鸦片在

① R 维特：《用鸦片对活着和垂死动物所做的一些试验的记述》，载《试验和观察,自然和人文》,第 2 期(1756 年),第 302—304 页。也可见 R. 维特:《关于动物的生命运动和其他不自觉运动的论文》,收于《作品集》,其子出版(爱丁堡,1768 年),第 i—viii、1—208 页。

② 同上,《作品集》,《试验和观察》,第 313 页。

③ 同上,《作品集》,第 281—285 页。

割头和去髓青蛙身上作用减慢的原因，在这里忘了把吸收量减少考虑进去。因此总的来说，他高估了神经的作用，而低估了吸收量在药物产生反应中的作用。①

可以说门罗因而使用了改变过的动物类型。像怀特一样，他试验了三组不同的青蛙 第一组,他切除心脏,或分开后腿,只保留坐骨神经作为与身体的联系。通过在后腿皮下注射鸦片液，他希望记录下药物的纯神经反应，因这些青蛙的血液循环已明显中止。在第二组中，他或毁掉低级的脊髓，或分开后腿，只保持一种由血管和附生淋巴组成的联系。门罗又在这些腿上用药，把这些动物作为只是由血液和淋巴的吸收和传递而产生反应的研究对象。而在第三组中，他把鸦片药剂用到完好无损的青蛙后腿上。通过比较这三组全身药物反应的强度以及发作的时间，他注意到纯粹吸引类型总的中毒症状比神经类型要强烈得多，而且完整的青蛙似乎最快。以这些结论为基础，门罗拓展了当时的鸦片作用方式理论。在他看来，直接通过神经或通过吸收进入血液，都会产生反应。② 他更信服这一修改后的理论，因为他在进一步的动物实验中发现，酒精和樟脑似乎更主要地通过吸收起作用。③ 不过，他拓展的理论仍受到鸦片直接对神经起作用观点的局限：像怀特一样，他认为药物一旦进入循环的血液，就会影响心脏和血管内侧的神

59

① A. 门罗：通过实验尝试确定，最强烈的药物即鸦片、烈性酒和精油，如何通过对最初用药的那些神经发生作用，因而使神经系统的其余部分受影响，即所谓的神经的同情来影响动物；在被吸收性血管吸收并在循环过程中混进传入血液后，这些药物在多大程度上影响了动物，附生理学和实际评论，摘自《试验和观察，自然和人文》，第 3 期（1771 年),第 292—365、299—302 页。

②《试验和观察，自然和人文》，第 336—339、360—362 页。

③ 同上,第 340—358 页。

经。[1] 放弃仍然支持吸收理论的“神经理论”的第二步，是二十年后著名的费利斯·方坦纳神父(1730—1805）才迈出的。

方坦纳十分细致地把青蛙两边的坐骨神经裸露出来。他把一边的神经浸在鸦片药剂中，把另一边的放在纯水中。因为这些神经把刺激传递到后腿的能力以同一方式减低，而且两侧程度相同，所以他得出结论说，鸦片总的来说对神经没有直接影响。另一方面,因(对兔子)静脉注射鸦片产生了人们已知的反应,所以他认为药物只是通过血液循环发生作用的。[2] 虽然方坦纳在上面提到的实验中使用了不下 300 只青蛙，但由此得到的证据却仍相当乏力，这在他那个年代里已为人看出。哥廷根的一位医学研究者重复了这些各种不同的实验，在 1789 年承认，当他更深入地思考这件事时，忍不住会暗自发笑。他解释说，感受刺激的自然部位是特别敏感的神经表面。因此，把鸦片用在被“厚厚的细胞”外衣包裹着的神经上,像‘著名的方坦纳’和他自己做的那样,这在方法论上就是错误的。[3] 亚历山大·门罗早在 1761 年就对他自己的相关实验持有相同的看法。[4]

虽然当时实验的证据支持鸦片对神经的直接效果比支持血液

①《试验和观察》，第 364 页。也可见 A. 门罗：《用鸦片和含金属物对神经系统所做的试验》(爱丁堡,1793 年),第 16 页。

② 费利斯·方坦纳：*Traite surle Venin de la Vipere, sur res Poisons Americains sur le Laurier-Cerise et sur quelques autres poisons Vegetaux*，两卷本(佛罗伦萨,1781 年),第 2 卷,第 358—364 页。也可见 P. K 诺费尔:《费利斯·方坦纳生平和作品》(特兰托,1984 年),第 290—292 页。

③ 乔尔格·克里斯托弗·西博尔德：*Commentatio de effectius opii in corpus an: male sanum maxime respectu habito ad eius analogiam cum vino*（哥廷根,1789 年），第 82 页。

④ 门罗，上引书，第 325 页。

循环吸收和传导药物的理论肯定要有力得多，但是正是后一观点在下一个世纪最终得到证实。正如梅尔文·P. 厄尔斯提到的，药物和毒素作用方式的理论从 18 世纪后期到 19 世纪中期发生了很大变化，在此过程中“神经理论”被吸收理论取代。根据厄尔斯的看法，这一变化的基础是 19 世纪初期的生理学研究。它证明药物吸收不仅是由淋巴进行的，而且静脉也立即——因而是迅速地——吸收，这使人们对血液循环的高速度有了更好了解。此外，19 世纪的毒物学家成功地辨别了血液中的毒素和器官组织中的毒素，这一事实也有助于推翻“神经理论”，并加强了鸦片通过吸收产生反应的观点。[①] 我已论述的 18 世纪的鸦片研究似乎预示着药物学研究上这一即将到来的大变化，或者更确切地说，它似乎在一个很早的阶段里导致了这一变化。

对心脏活动的影响

除鸦片的作用方式外，它对心脏活动的影响也是 18 世纪后半期令科学家们特别感兴趣的课题。在 1752 年向哥廷根科学学会宣讲的关于《感觉和过敏部位》的著名论文中，阿尔布雷克特·冯·哈勒（1708—1777）陈述说，鸦片破坏肠胃蠕动和几乎全身所有的应激性（即可收缩性），而心脏运动和力量没有受到丝毫损伤。[②] 哈

① 见 M. P. 厄尔斯：“18 世纪和 19 世纪早期实验药物学发展研究”（博士论文，伦敦大学，1961 年），第 368—418 页；同上，《麻醉药和毒素作用方式的早期理论》，第 103—110 页。

② A. 冯·哈勒：*Von den empfindlichen und reizbaren Teilen des menschlichen körpers*，K. 苏德霍夫编（莱比锡，1932 年），第 46 页。

勒的这一观点是建立在对麻醉青蛙和狗的一些活体解剖的基础上的,他与他的学生约翰·阿德里安·西奥多·斯普罗格尔(1728—1807)一起在前一年进行了这些实验。[①] 然而，他们的发现与怀特的那些观点形成鲜明对照。在用各种方法对同类动物使用鸦片后，那位爱丁堡大学教授记录到重要的心跳减速，有时以心跳完全停止而告终。[②] 特别是他观察到，用过鸦片的青蛙心律减慢，要比被切掉头部和抽除脊髓的青蛙更快一些。而且，被切下的青蛙心脏如果浸在鸦片药剂中，那它的收缩要比浸在单纯的水中更早停止。[③]

像 18 世纪往常一样，一场科学论争发生了。怀特在 1755 年多少有些恶意地写道,哈勒的‘坦白和对真诚的热爱’肯定会‘使他勇敢地承认他的错误，一旦他发现的话”。[④] 哈勒提出的理由反驳，认为怀特相当侵害性的活体解剖过程造成人为状态，从而使他的观察毫无价值。[⑤] 打开动物的肚子，切掉头部或除去脊髓，来观察毒物产生效果的快慢，这当然不是了解真实情况的办法。[⑥]

① 见 J. A. 斯普罗格尔:*Dissertatio inauguralis medica sistens experimenta circa varia venena in vivis animalibus instituta*(哥廷根，1753 年),第 25—42、70—74 页,A. 冯·哈勒:*Mémoires sur la Nature Sensible et lrritable, des Parties du Corps Animal*, 四卷本(洛桑,1756—1760 年).第 1 卷,第 331—335、339、371、386 页。

② 维特:《关于动物的生命运动和其他不自觉运动的论文》，第 197 页 同上,《对人体和其他动物敏感性和应激性部位的观察》，《生理学短论》(爱丁堡,1755 年),第 97—223 页,第 200—213 页；同上，《用鸦片对活着和垂死动物所做的一些试验的记述》,第 305 页。

③《试验和观察》，第 282—291、293—297 页。

④ 维特:《对人体和其他动物敏感性和应激性部位的观察》,第 213 页。

⑤ A. 冯·哈勒“对维特批评的回答”,《回忆录》,第 4 卷,第 99—133、126、129 页。

⑥ 同上,第 131 页。也可见 A. 冯·哈勒:《人体生理学原理》，八卷本(洛桑和伯尔尼,1757—1766 年),第 5 卷,第 609 页。

然而，哈勒似乎没有意识到，同一反对意见也可用在他和斯普罗格尔的实验上。而且，他明显忽视了怀特已做了对照的实验。

门罗站在怀特一边，而哈勒引用方坦纳的实验来支持他的主 61 张。[①] 最初一看似有关鸦片药物学一个小小问题的争论，实际上是被称为哈勒–怀特敏感性和应激性争论的重大问题。[②] 两位对手一致认为鸦片减少并且最终毁掉了敏感性。如果这一作用与心率减慢并且因此而与心脏应激性减少联系在一起，怀特应激性依赖于敏感性的学说就得到加强。另一方面，如果心脏运动无任何变化地继续,那么这将支持哈勒的理论,即应激性(或收缩性)是肌肉纤维的一种独特而特有的正常反映，在没有任何神经影响时持续存在。[③]

这场争论刺激了其他研究者对人体、包括他们自身进行试验。不过结果像最初的动物实验一样各不相同。1764 年，马克斯韦尔 · 加思肖尔（1732—1812）发表了他在爱丁堡大学的就职论文。他在这篇部分根据自身试验的论文中提出，适当剂量地吸入鸦片可加速血液循环，而其他剂量则会减少应激性，放松肌肉，并导致睡眠。然而，就在第二年，同一大学的学生、年轻的塞缪尔 · 巴德（1742—1821）在他的博士论文中报告说，在服用适当剂量一至一粒半后，他自己以及三位朋友和六位病人脉搏次数值得注意地减

①见门罗：《通过实验尝试决定》，第 320、332 页;哈勒“对维特批评的回答”,第 130 页;方坦纳:《特性》,第 2 卷,第 342 页。

② 也可见弗伦奇:《R. 维特》,第 52、73 页。

③ 维特:《试验和观察》,第 198 页;哈勒“对维特批评的回答”,第 127 页。

少了。① 哈勒自己于 1776 年重又拾起这一问题，叙述了他用鸦片灌肠的亲身经验，他在很长时间里定期用它来治疗自己的衰老症。他发现在减轻疼痛的灌肠后脉搏次数增加了，他认为这一点证实了他早期的应激性是独立于敏感性之外的观点。②

回顾研究的发展过程，人们首先就会认为这些各不相同的观察——人为问题除外——只是因鸦片的不同剂量造成的。但是，这一问题已被看得相当清楚，至少哈勒已是这样，他一再强调，大剂量最终会使动物或人致死，当然会减弱并最后毁掉心脏运动。③然而，在这场争论中没有得到足够清楚的认识：18 世纪没法解决的一个问题，是这一药物特效物质的不同含量。人们不能肯定，主要从土耳其、埃及和东印度输入的常用生鸦片是否真是纯罂粟干汁，或是否含有淡鸦片，即用整株罂粟榨压晾干的汁液，或是否甚至可能掺入其他药品。④ 在没有标准化的正确方法时，在吗啡（F. 62

① 见马克斯韦尔·加思肖尔：*Dissertatio medica inauguralis, de papaveris usu, tam noxio, quam salutari in parturientibus, ac puerperis*（爱丁堡，1764 年）塞缪尔·巴德：*Tentamen medicum inaugurale, de viribus opii*（爱丁堡，1765 年）。两书都被 B. L. 特拉勒斯引用，*Ad Illustr: Viri Christian Gottlieb Ludwigji... Disquisitionem de vi opii cardiaca adversariis medico-practicis insertam humanissima responsio*（布雷斯劳，1771 年），第 23 页，关于加思肖尔论文的总结性评论见 *Göttinger Anzeigen von gelehrten Sachen*，第 152 期（1765 年），第 1224 页；关于巴德的评论见 *Mediciinschchirurgische Bibliothek*，第 4 期（1777 年），第 247—250 页。

② 见 A. 冯·哈勒：*Abhandlung über die wirkung des Opiums auf den menschlichen körper*，E. 兴采和 J. H. 沃尔夫（伯尔尼，1962 年），第 5—8、11、16 页。

③ 同上，第 5 页；哈勒"对维特批评的回答"，第 128 页。

④ 阿尔斯顿：《论鸦片论文》，第 111—124 页；保罗·西尔："Zusätz und Anmerkungen des Uebersetzers"，塞缪尔·克伦佩：*Auf Versuche gegründete Untersuchung der Natur und Eigenschaften des Opiums*（哥本哈根，1796 年），第 193—216、194 页。

W. 塞尔图纳 1804）和其他特效物质被分离出来以前，[①]对鸦片药物学作用存在不同的观察结果，进而发生争论，可能是不可避免的。

不过，将近 18 世纪结束时已有人尝试回答哈勒和怀特提出的难题。德国医生卡尔 · 约瑟夫 · 沃腾肖恩（死于 1788 年）1775 年在他的博士论文中提出，“鸦片削弱了心脏纤维，但增强了血液运动”，因为它减少了血管的应激性或收缩性，因而减少了血管系统的阻力。[②] 前面提到的批驳方坦纳观点的哥廷根大学医学系学生——佐尔格 · 克里斯托弗 · 西博尔德（1767—1798），他是符茨堡大学解剖、外科和产科教授卡尔 · 加斯帕的儿子——进一步阐明了剂量的作用。在发表于 1789 年的一篇关于鸦片对健康身体作用的得奖论文中，他从几个热血和冷血动物的试验中得出一条普遍规律：剂量适度时心律先加快然后减慢；剂量越高，脉搏这一短暂加速时间越短。[③] 爱尔兰医生塞缪尔 · 克伦佩（1766—1796）终归在四年后独自得出类似的结论，他用的方法是，在服用通常治疗剂量一至二粒半鸦片后，数他自己和一位健康试验者的脉搏。脉搏——在一至两个小时内每五分钟测一次——首先加快，但随后降至起初水平或更低一些。[④] 西博尔德和克伦佩两人都把这些

① 见 J. C. 克雷默，《鸦片制剂两个世纪的科学研究》，载《幻觉剂杂志》，第 12 期（1980 年），第 89—103 页。

② C. J. 沃腾肖亨：*Dissertatio medica inauguralis demonstrans opium vires fibrarum cordis debilitare et motum tamen sanguinis augere*（第二版，蒙斯特，1775 年），第 20—24 页。

③ 西博尔德：上引书，第 22 页。

④ S. 克伦佩：《鸦片性质和特点研究：它在那方面的组成原理、作用方式和在特定疾病中的使用和滥用，并且公正地探讨以前作者在这些问题上的看法》（伦敦，1793 年），第 33—35 页。也可见詹茨：《药理学布朗理论》，第 215—223 页。

实验发现与鸦片临床效果的通常“两阶段”观念联系起来。脉搏加快属于第一阶段，其特点是快感和兴奋、出汗和呼吸加速，而脉搏减慢则是第二阶段，特点是无痛感、乏力、犯困和呼吸受阻。①

克伦佩也引用自己的动物实验结果来证实这一观点，他按照布朗的体系来解释药物反应的两个阶段：鸦片作为一种刺激物增强了兴奋度，并因此在第一阶段引起兴奋。第二阶段是兴奋性耗竭的结果，因而表现为一种所谓间接虚弱的状态。②

布朗派医生欢迎克伦佩的著作，把它看成是他们治疗体系的实验证据。德国布朗派学者梅尔乔·亚当·韦卡德(1742—1803)对克伦佩的研究发表了一篇热情洋溢的评论：“在该著作实验结果公布后，鸦片是一种刺激物不会再有任何疑问。疼痛之减轻只能随着以前的刺激而来，而在疼痛加剧之后，等等。因此鸦片减少敏感性，如果它已诱发间接虚弱的话……几乎每件事都与布朗的学说走到一起了。’③反过来说，坚持鸦片是镇静剂的那些医生则拒不接受克伦佩的实验和结论。例如，克伦佩在动物和自身实验中都发现，鸦片药水用于眼睛会导致疼痛和发炎，他把这点当做鸦片刺激作用的一种表现。④ 然而，一位批评者指出，这一观察毫无价值,因为‘任何外物’如果用于眼睛都会致疼,在许多情况下即使是纯净水也会产生这一效果。⑤

①西博尔德：上引书，第 7—11、20—23 页；克伦佩：《鸦片性质和特点研究》，第 192 页。

② 克伦佩:《鸦片性质和特点研究》,第 98、184、192 页。

③ *Magazin der verbesserten theoretischen und praktischen Arzneikunst* ,第 1 期(1796 年),第 166 页。引文由笔者译成英语。

④克伦佩：《鸦片性质和特点研究》，第 24、54、169 页。

⑤ 《批评评论 或文献年刊》,第 11 期(1794 年),第 68 页。

克伦佩著作这一例子为当时关注的鸦片实验研究及其医学实践中治疗用途之间的联系起到一些说明作用。它因而提出了这样的问题：实验者对当时鸦片治疗的问题做出了什么具体贡献，医学界的医生又是如何看待这些贡献的。

实 用 研 究

18 世纪药物治疗学中的一个争议问题是鸦片外敷、局部使用的功效。正如上文提到的，阿尔斯顿在他自身实验中没有看到任何效果。在以后的几十年中，其他试验一再探讨了这个问题。门罗比较了青蛙内服和外用鸦片药水产生的反应。他观察到两种情况下效果相同，如果内服药物，反应开始就快些，因此他推荐鸦片应该口服，即使疼痛和痉挛也是局部的。[①] 美国医生约翰·利（生于 1755 年前——死于 1792 年后），18 世纪 80 年代在爱丁堡大学做了一些鸦片试验工作，他重复了阿尔斯顿的试验，把鸦片药膏用在两个人身上，因为他也没有看到任何反应，就断定“有关外用鸦片发生作用的普遍接受的观点，一定是建立在错误的基础上的”。[②] 克伦佩在自己皮肤上试验证实了阿尔斯顿和利的发现。[③] 然而，西博尔德把一种鸦片药膏擦在狗的身上，观察到一些反应，包括频尿、瞌睡以及脉搏的典型变化，他报告说，把一只新生兔子

① 门罗：《通过实验尝试……》，第 303—309 页。

② J. 利：《对鸦片特性及其对人的作用的实验研究》（爱丁堡，1786 年），第 96—98 页。

③ 克伦佩：《鸦片性质和特点研究》，第 27 页。

的光净耳朵浸入很浓的鸦片药水中，他甚至就是杀死它。[①] 因而动物试验与人体试验两者的结果有所不同，前者提出外用鸦片有一些效果，而后者似乎证明这种用药是没有效果的。 64

虽然对人的皮肤涂鸦片试验的结果清清楚楚地是否定的，但医学从业者似乎不想放弃外用疗法。例如，利研究的一位读者1786年在《批评评论》上含糊不清地写道：“利博士发现鸦片的外用鲜有效果，不过，在身体痉挛疼痛、胃痛……或牙关紧闭症时用过鸦片的人，可能都会发现它是有用的药物。”[②]报道说的用涂擦鸦片成功治好神志昏迷状态的例子被引用来作为支持外部疗法的证据。[③] 后来在1803年，德国一位布朗派医生在厄恩斯特·霍恩的书中肯定地说，涂擦鸦片在治疗“各种疾病的虚弱性疼痛”上证明是有用的。[④]

在鸦片疗法的一个相关领域，实验取得的结果同样为人忽视了。18世纪人们常把苛性纳和鸦片混在一起，来减轻前者带来的疼痛。阿尔斯顿已经对这一过程是否有用提出疑问，但没有做过检验。[⑤] 然而门罗证明，把鸦片药水用于青蛙皮肤上，并不能阻止后来使用苛性氨水带来的剧痛。[⑥] 尽管如此，在通常用来治疗性

①西博尔德，上引书，第37页。

②《批评评论或文献年刊》,第62期(1786年),第132页。

③见“Wardüber den äusserlichen Gebrauch des Mohnsaftes”和“Ebendesselben, heuere Bemerkungen über den äusserlichen Gebrauch des Mohnsaftes”, *Sammlung auserlesener Abhardlungen zum Gebrauche praktischer Aerzte*,第19期(1800年),第275—298页。

④亨克:上引文,第185页。

⑤阿尔斯顿：《论鸦片论文》，第159页。

⑥门罗:上引文,第327页。

病的苛性汞药中掺入鸦片，在 19 世纪早期仍很流行。①

对鸦片实用研究结果持完全不赞成态度的更多例子，可以从约翰 · 利其他一些发现中看到。根据化学和药物学实验——后者部分是用动物做的，部分是用不同年龄，性别的试验人和一些病人做的——利证明，鸦片脂是效力最强的部分，鸦片脂与甘草汁混合最快地溶于胃中，而这之前吸入的酸性物质减弱了鸦片的作用。② 不过，《每月评论》的批评者声称，利并没进行任何新的观察，③而他在《批评评论》的同事坚持说,这些试验"次数少,琐碎,不能令人信服"。④ 后者特别指出各种试验人身上不同效果的缺点，要求进行"一系列广泛的试验"。但是即使做到这一点也只是第一步，因为疾病会改变药物的效果。因此这位批评者宁可建议"更细心的医生"来观察。⑤ 这个回答引导出一个问题，即上文提到的十八世纪鸦片疗法的两位权威——医生杨和特拉勒斯——是如何看待同时代的鸦片实验研究的。

65

值得注意的是，他们两人都对实验努力表示不赞成。杨拒绝

①亨克：上引文，第 836 页。

②利：《实验性探索》，第 29—72、86—125 页。

③ 《每月评论或文献杂志》,第 76 期(1787 年),第 258 页。实际上为了研究鸦片成分的有关功效,17 世纪后期就已使用不同的鸦片汁液和药水进行动物实验。见奥勒 · 博尔奇:*Desomno et somniferis maxime papavereis dissertatio*(哥本哈根和法兰克福,1682 年),第 25—28 页,塞缪尔 · 施罗尔:*Disputatio inauguralis de opii natura et usu*(艾尔福特,1693 年),第 8、11 页。18 世纪前半期卡斯珀 · 纽曼(1683—1737 年)在柏林，以及安德烈亚斯 · 巴克纳(1701—1769 年）的学生克里斯琴 · 威廉 · 施瓦茨在马格德堡就已用鸦片脂和鸦片胶对狗做了实验。见施瓦茨:*Dissertatio inauguralis medica de genuinis opii effectibus in corpore humano*（马格德堡,1748年）和厄尔斯:"18 世纪……研究",第 160 页。

④《批评评论；或文献年刊》，第 62 期(1789 年),第 160 页。

⑤ 同上。

用鸦片做化学实验，因为治疗显示了鸦片在人体内的药的作用——而不是答复。他不同意对新取出的血液在玻璃板上试验，因为这种血液不再因吸收和分泌而不断变化。此外，他不承认动物静脉注射的结果，因为用这种方法注入的话，甚至是无害的牛奶也会起到致命毒物的作用。根据他的意见，通过记录鸦片的气味和滋味，药品检验仅能就其特性提供一些最初的线索。杨因此只相信用鸦片治疗各种疾病的实际经验。① 与此相似，特拉勒斯宣布，他不会仅仅因为怀特通过一些青蛙试验得出了不同的结论，就准备放弃他的鸦片对血液循环有刺激作用的信念。这位布雷斯劳的医生保证，他在多年的医疗实践中的数以千计的病人身上都证实了这一作用。没有人能指望他会更加重视"沼泽里的青蛙"，而不是重视他的治疗经验。②

很明显，低级动物身上的药物学发现能否移到患病的人类身上的问题在这里起了作用。这在当时广泛地进行了讨论，同时也涉及了生理学实验。③ 门罗尤其意识到这种难度，断言在青蛙和人身上鸦片的作用强度是有区别的，但并不是基本作用方式的不同。④ 不过，转移问题当然不是这种情况下的惟一问题。正如对鸦片实验性研究的反应所作的描述那样，在 18 世纪的医生中对新的药物接近医疗似乎存在一种普遍的不信任感：如果实验发现与治疗实践不一致，就遭驳斥和拒绝；如果一致，又被认为是没有新

① 杨：《论鸦片论文》，第 4—13 页。

② 特拉勒斯：*Ad... Ch. G. Ludwigii... Disquisitionem*，第 25 页。

③ A.-H. 梅赫勒：*Kritik und Verteidigung des Tierversuchs : Die Anfänge der Diskussion im 17. und 18. Jahrhundert*（斯图加特，1992 年），第 15—44 页。

④ 门罗：上引文，第 327 页。

意而置之不理。

不过，到 18 世纪末，也可看到一种对鸦片药物学研究更为友好的态度。一位利的研究批评者在哥廷根大学医学教授约翰·弗里德里希·布鲁门巴赫(1752—1840)主编的书评杂志《医学图书》上写道：

作者用鸦片所做的试验……总是令人感兴趣，不过在总体上，特别是与他的许多先行者们多得几乎不可胜数，多种多样又经常相互矛盾的试验比较，仍不足于得出可靠的普遍结论。要是有人具备智慧，知识和时间，来对所有这些迄今已发表的试验进行真正实用的修正，重做其中最重要的试验，相互比较，等等，以便这一现在主要仍是呆滞的资本可能最终会有一些实际用处。①

很有可能，正是布鲁门巴赫自己写了这几行话，因为在同一年即 1788 年，他发起并正式向哥廷根大学医学系学者们提出了一个关于鸦片作用的奖赏问题。② 上面讨论的西博尔德的研究是惟一参赛的作品，因而获奖，不过并不仅仅因为这一原因。医学院称赞西博尔德做了大量细致的动物研究，并从中得出慎重的结论。③ 布鲁门巴赫在《哥廷根科学家报告》上发表了一篇对获奖论文持非常肯定态度的书评。他特别强调这位学者的发现涉及到鸦片剂量和脉搏之间的关系，并认为这一著作中“实际有用的结论和应用”

① *Medicinische Bibliothek*，第 3 期(1788 年)，第 56 页。引文由笔者译成英语。

② 见 *Universitätsarchiv Göttingen, Medizinische Fakultät, Oekanats-und Promotionsvorgänge 1788*。也可见 F. W. P. 多尔蒂编辑的即将面世的新版布鲁门巴赫通讯集。

③ *Universitätsarchiv Göttingen, Med. Fak., Dek.-u. Prom. 1789*; Ch. G. 海恩：*Opuscula academica collecta et animadversionibus locupletata*，六卷本(哥廷根，1785—1812 年)，第 4 卷，第 110 页。

提供了一个"重要、直接有益用途"的例子，实用医学得益于这种理论探索。[①] 例如，西博尔德事实上已根据他的实验结果建议，如果病人的脉搏和其他的生命机能需要增强，就给小剂量的鸦片，而如果病人需要镇静，则开给更大的剂量。[②] 这样至少就西博尔德关于鸦片的著作来说，似乎已迈出承认实验药物学为药物治疗学基础的第一步。

心理药物学观察

虽然 17、18 世纪对鸦片的科学兴趣主要在于其对身体的直接作用，但服用这种药物后心理变化并非无人记载。例如，巴黎药物学家和医生莫伊西·查拉斯(1619—1698)在 17 世纪后期做了一些自身实验，多次记下鸦片极强的镇静效果，偶尔还伴着失眠。然而，他没有对此作出详细解释，因为他主要对鸦片的胃肠作用感兴趣。[③] 约翰·琼斯对心理作用要重视得多，他实际上对鸦片颂扬备至。鸦片引起活泼、快乐和良好的幽默感……在迅速处理和经营商务中的果断、平静、敏捷和迅速……自信、精神振作、勇气、蔑视危险和雍容大度……防止和消除忧伤、恐惧、焦虑、暴躁、烦恼……带来欣快，或减轻工作、旅行等的疲劳，以及……用满足、默认、乐意、一致等来使精神得到镇静、抚慰和陶醉。[④]

① *Göttingische Anzeigen von gelehrten Sachen*，第 29 期(1790 年)，第 281—283 页。

②西博尔德：上引书，第 11 页。

③ 见 C. 萨洛蒙—巴耶："Opiologia, imposture et célébration de l'opium"，载《科学史杂志》，第 25 期(1972 年)，第 125—150 页。

④琼斯：《秘密》，第 21 页。

琼斯列出了所有这些效果，竭力使 17 世纪认为鸦片减弱和破坏动物精神的传统理论失去权威性，并证实他自己的鸦片主要引起‘ 快乐的感觉 ’(见上文)的理论。他的知识基础主要是关于赴东方国家旅行者中经常性使用鸦片的报道，尽管他也指出“ 我们中一些人试用后，也发现是如此 ”。琼斯也可能根据自己的经验来写作，像后来许多研究者一样，他比较了鸦片和“ 味道浓郁的葡萄酒 ”的作用。①

在 18 世纪期间，人们还是认为，那些欣快作用可能在习惯使用这种药物的东方居民身上看得到，但不能指望在西方世界不习惯使用的人身上发现。② 以这种批评为背景，西方医生的自身试验再次显得非常重要。约翰 · 利 1786 年出版他自己的关于鸦片实验著作时，就包括了一份这类试验的报告，是他的朋友詹姆斯 · 拉姆齐从弗吉尼亚送给他的。③ 六年之后，同一报告又为塞缪尔 · 克伦佩大量引用。④ 拉姆齐详细描述了一个晚上他服用蒂巴酊剂（即混有酒精和肉桂汁的鸦片药水）的情况。他首先注意到一种提神作用，使他能继续学习。第二次更大的剂量——为抵御‘ 阵阵袭来的强烈的瞌睡 ”——导致了一种兴奋状态，使他无法认真工作，表现为‘ 太多的跳舞、唱歌、等等。’拉姆齐这时发现脉搏变强、视力模糊、头晕以及行走困难。他上床，“ 几乎一动不动地 ” 躺着，感觉动弹不得：“ 我的想象力深受出现的恐怖景象折磨，直到七点

① 琼斯：《秘密》，第 21 页。

②参阅克伦佩：《鸦片性质和特点研究》，第 45 页。

③ 利：《实验性探索》，第 113—117 页。

④ 克伦佩：《鸦片性质和特点研究》，第 46--48 页。

钟才合上眼，继续被打断的睡眠。”[①]克伦佩在他自己的自身实验中基本证实了拉姆齐的观察。他服用大剂量的鸦片后体验了“精神增强、可观察到的快乐，欣喜和机警，这些在消退到高兴的疲乏状态时,最后就陷入昏昏欲睡、神态恍惚和不想动弹而告终。’克伦佩的被试验人也表现并记下了“相同的效果”。[②]

拉姆齐和利都没提出一种药物学理论来解释这些心理变化。克伦佩仍局限在他的布朗体系的大框架内，认为第一个欣快阶段的原因是刺激，而第二个昏迷阶段是因为兴奋耗尽或间接虚弱。[③] 68 不过这些早期自身实验引进了一种心理药物学的基本方法：服用限定的鸦片剂量、细致的自身观察，以及详细记录心理和身体症状。19 世纪这一方法开始被人们更加系统地加以使用。例如，其中就有格雷诺布尔的医生和科学家皮埃尔-亚历山大·夏维(1799—1879)，他 1826 年的巴黎大学博士论文《鸦片的比较作用暨动物机体的组成原理》，最近已被称为“近代实验心理药物学的开山之作”。[④] 在大约同一时期，通过托马斯·德·昆西的《一个英国吸鸦片者的自白》(第一版,1821 年),服药后的自身观察以时兴的方式展现在更多的读者面前。[⑤]

① 拉姆齐在利的文章中被引用,《实验性探索》,第 113—116 页。

② 克伦佩:《鸦片性质和特点研究》,第 45 页。

③ 同上,第 192 页。

④ R.K. 西格尔和 A.E.赫希曼:《夏维和关于鸦片的最初心理药物学研究 历史注释和翻译》,载《神经药物学刊》,第 15 期(1983 年),第 323—329 页。夏维为他的医学博士学位向巴黎大学医学系递交了一篇以这篇论文为基础的短论；见 P.-A. 夏维：《论鸦片对人和动物的作用》(巴黎,1826 年)。这篇短论总结了主要的研究成果，但没有讨论鸦片对心理学的影响。

⑤ 见 Th.德·昆西：《一个英国吸鸦片者的自白》，第二版（爱丁堡和伦敦,1856 年),第 195—213 页。

与针对鸦片的纯粹身体反应的当时实验相比，尤其是与精心计划的、研究这种物质吸人身体的实验相比时，18 世纪的少数心理药物学试验可能显得相当粗糙。然而，这不能只归因于人们对药物心理反应没有直接的兴趣。虽然生理学为前者身体实验类型提供了方法基础，18 世纪却没有特别的工具来进行药物作用的心理检验。

道 德 方 面

正如从本章讨论的资料所表明的，18 世纪鸦片药物学研究主要是建立在动物实验基础上，并在较小程度上依据了人类实验。因为已知有关活体解剖的争论起源于 17、18 世纪，所以探寻这些资料中的道德考虑似乎是很有希望的。① 然而，因为两个明显的原因，在鸦片研究著作中只能找到少数相关的评论。其一，鸦片作为一种麻醉剂减轻了——至少在大剂量时——被活体解剖动物通常的痛苦。事实上人们偶尔会找到一则简短的评论，说被麻醉的实验动物在活体解剖中没有或只有极少的疼痛迹象。② 其二，因为鸦片是医生经常开列的药物，从治疗使用转变到对人的科学试验是相当顺利的。

关于动物实验，哈勒的学生斯普罗格尔在他的实验记录里表现出一些怜悯之情。例如，他讲到用鸦片致毒和活体解剖后，他最

① 见梅赫勒：*Kritik und Verteidigung des Tierversuchs* ；梅赫勒和 U. 特罗勒：《从古代到 18 世纪的动物实验》，收于 N. A. 鲁普克编的《从历史角度看活体解剖》，第二版（伦敦和纽约，1990 年），第 14—47 页。

② 例如，见斯普罗格尔：《论文》，第 26、29、35、37 页 维特：《记述》，第 299 页。

后勒死了“那条可怜的狗”或者他提到另一条中毒的狗“最后我们把它从折磨中解放出来。”不过，这一解放无非是活体解剖致死。[①] 在西博尔德身上也可找到一点类似的怜悯。他在获奖论文的前言中深信,他也在自己身上做实验是“最公正不过的”,因为他已折磨了这么多的动物。[②] 克伦佩为他动物实验的“明显不人道”请求原谅，说必须用它们来研究“人类最感兴趣的许多问题”。他进而表示，他不准备在试验中用高度浓缩的鸦片汁来牺牲动物，因为这将是不必要的残酷，特别是因为这些实验不会有任何医疗结果。[③] 这类评论代表了当时实验者们对他们的动物遭难的态度。它们反映出一些感伤情绪，但是没有严重的道德忧虑。考虑到可能增加医学知识和改进治疗，动物受苦被认为是有情可原的。总的来说，怜悯感绝不是用活动物做实验工作的重大障碍。[④]

关于人的实验，克伦佩和利的研究中都表现出对不危及被试验人健康的一些关心。[⑤] 不过被实验者能合理承受多大药物反应的标准似乎是相当低的。例如，利讲述，他“让两个病人在同一间屋里”，对他们比较试用高剂量的五粒鸦片脂和五粒鸦片胶。服用鸦片脂的那个病人——一位三十五岁的男人——症状“变得非常强烈，以致达到狂暴的程度”，而用鸦片胶的另一个病人——一位二十五岁的妇女——“出现剧烈的痉挛”。利对与这些试验有关的可能的治疗目的未置一词。刚好相反，他解释说他做这些实验，是

① 斯普罗格尔《论文》,第 31、35 页。
② 西博尔德,上引书,第 4 页。
③ 克伦佩：《鸦片性质和特点研究》，第 54、77 页。
④ 见梅赫勒:上引书,第 86—96 页。
⑤ 克伦佩：《鸦片性质和特点研究》，第 77 页;利:《实验性探索》,第 57 页。

"为了发现鸦片脂和鸦片胶在起作用时有无不同。"①利在另一份试验记录中承认，他只用了一些劲就说服一位身体健康的男人服下几滴被认为非常有效的鸦片油液。这引起翻肠倒肚的呕吐，因此他不再做任何这类的进一步实验。② 尽管这类叙述对现代读者来说可能会耿耿于怀，但为了更准确地理解这些情况，必须记住的是，这些用人做鸦片实验的研究者，如利和克伦佩，并没有把自己排除在那群被试验者之外。③ 尤其是利的后来的实验表明，至少在一些情况下已事先与被实验人讨论过试验的风险。不过，要说这些 18 世纪的试验已做到现在意义上的④'先知情后同意',这当然是不合适的。

结　　论

18 世纪进行的最初的鸦片药物学实验研究是沿着三条主线进行的。第一，他们试图阐明这一药物的基本作用模式。这里的比较实验和动物实验带来了相关理论的变化。鸦片使血液变稀的医疗物理学理论被鸦片对神经有直接作用的理论取代，后者又受到鸦片被作用部位的血液吸收和传导观点的质疑。后一转变似乎表现为药物学理论总变化的一个早期阶段。研究的第二条线是与鸦片对心脏活动的影响有关的，它在敏感性和应激性的研究上、并

①利：《实验性探索》，第 110—112 页。

② 同上，第 56 页。

③ 利：《实验性探索》，第 87、100 页 克伦佩：《鸦片性质和特点研究》，第 24—28、33—36、65—68、80—82 页。

④ 见 R. R. 法登、T. L. 比彻姆和 N. M. P. 金：《明智赞同的历史和理论》(纽约和牛津，1986 年)。

因此在 18 世纪生理学的一个重要领域里起着决定性的作用。对动物和人的实验最后导致了关于鸦片临床效果的“两阶段”观，这有助于克服早期的争议。把实验专用于鸦片治疗的具体问题，代表了研究的第三条线，它没有得到医疗从业者的普遍承认。他们明显地重视自己使用鸦片的治疗经验，而不是新的药物学研究结果。除了那些主线，18 世纪后期医生们所做的一些自身实验致力于研究鸦片带来的心理变化。认真细致的自我观察和症状记录成为心理药物学的一种基本方法。最后，关于动物鸦片实验和人的实验的道德问题，我们已经看到，对实验动物的怜悯心，和不伤害被试验人的某些关心，都无碍于那些广泛开展并且有时十分危险的试验。

感　谢

这一章的研究是在哥廷根大学医学史研究所开始的，而完成则是在伦敦韦尔科姆医学史研究所做韦尔科姆访问学者期间。我要感谢韦尔科姆基金会负责人的支持和提供极好的研究条件。此外，我要特别感谢哥廷根的马利斯·格拉西和已故的弗兰克·W. 71 P. 多尔蒂博士，还有伦敦的罗伊·波特教授。前二人在研究有关西博尔德获奖论文的档案材料上给予了善意的帮助，而后者则为本章初稿提出了有益的见解。

77 # 第 四 章

1868 年前英国的药物供应管理

S. W. F. 霍洛韦

药物供应管理是 19 世纪下半期英国一个热烈争论的话题。这场争论的基本问题是：谁应决定社会的药物供应，生产者、消费者还是官员？从这些争论中出现三种明显的管理模式：消费者主权、行业控制和政府管理。这些类别加上地区／全国范围的分类，就可产生一种六层类别。在消费者主权内，古典经济学家的全国的、个人主义和自由市场模式与民主激进派的地方的、民众化的和公有的模式明显不同。行业控制亚型是以地方协会管理和全国职业联合会管理之间的区别为基础的。与此相似，也可以区分出地方政府管理和中央政府管理。这种分类不是设计药物管理的一种分析的、概念性的类型学，而是仅仅作为一种简陋的手段。它的目的是要了解特殊的历史事件和状况，而不是创立有逻辑的、有理性的、完整的理论。

从 16 世纪中期到 18 世纪中期，药店的药业经营具有源于中世纪城市经济的明显特征。行业制度以它的严格的控制，谁可以操作一种规定的行业，谁可以受训练，人们如何去受训，行业如何

去操作，这就给药店在其中运营提供了框架。行业协会成了广泛不同评价的目标。[①] 从亚当 · 斯密以来，经济学家普遍认为行会是对个人企业和自由贸易不合理的束缚，是有悖于消费者和全社会利益的关注自己的集团。怀疑市场力量好处的其他人则把它们视为社会稳固和经济道德的有益中介。相当于社会主义经济史学家的 R. H. 托尼将两种解释合二为一。他写道，行会“首先是垄断者，因而在不少情况下它们广泛的利益与消费者发生冲突。”尽管如此，在一个社会和宗教问题错综交织的年代里，至少行会是自称要把经济利益服从于社会需要的。托尼相信在行会的各种目的中不乏值得肯定之处： 78

维持“同行好人”间的大致平等，坚持每个兄弟应共享好运和互相帮助来制止经济上的自私行为，抵制不讲道德的金钱权力的侵害，坚持收徒和技艺的行业标准，以及通过严格的共同纪律，来压制每个人为自己攫取特殊利益而损害大家利益的自然欲望。[②]

在中世纪晚期和近代早期，欧洲同业行会的设立，是专门为了监督和管理地区内由城市控制的某个特别行业或一批行业所有从业者的活动。行会结合了司法、政治、宗教和娱乐功能，但保护不受其他城市和地区的外部竞争，以及调节行业内原材料和顾客的内部竞争的经济功能，是关键性的。行会构成了全面垄断和不受限制的竞争之间的中间道路，提供一种安全措施，同时允许个人努

① 安东尼 · 布莱克：《12 世纪以来欧洲政治思想中的行会和公民社会》（伦敦，1984 年），第 1—2 章。

② R. H. 托尼：《宗教和资本主义的兴起》（哈蒙茨沃思，1938 年），第 39—40 页。

力得到回报。同业行会设法为其成员保持一种稳定的生意量，从而保证高水平的技艺，并为其产品获得公平或“公正”的价格。他们也极力限制一个师傅可带的学徒数、工作时间和使用的工具。生产者和消费者的保护和剥削界线通常是模糊不清的。不过西尔维亚·L.思拉普认为，“某个地方行业的价格政策或他们成功的直接证据极为罕见”，而且“限制性政策的证据……很少可以得出令人信服的结论”。[①] 行会制度衰落的原因不是消费者的不满，而是生产者的积极性受到挫伤。可是在行会制度盛行时，它通过学徒制度对授业的监督产生了一批熟练工匠骨干；他们的自律、自尊和对工作的自豪是欧洲工业和技术发展的重要因素。

79 有大量的证据表明，至少从14世纪起英国的主要城市地区药物供应中就存在有组织的商业活动。研究英国药物学史的老前辈莱斯利·马修斯指出，“把那些从事药物和香料买卖者全部列出，将达数页之多，因为在中世纪期间两者经常是合在一起的”。[②] 他在一系列论文中追溯了从14世纪的香料店到15世纪约克、莱切斯特、诺威奇和坎特伯雷诸城的杂货店到16世纪药店的发展。在约克,保佑马利亚兄弟会在1408年成了圣体行会,1581年又并入由纺织商、杂货商、五金商和药剂商组成的财力雄厚的商人探险者公会。在莱切斯特，药店在一个大的商人行会里，而在诺威奇，他们在1561年与内科医生和外科医生组成同一行会，但在1622年的重组后，他们被划入由家具商、制革商和其他行业组成的第四公会。在坎特伯雷，药剂商与杂货商、蜡烛商和鱼商同组行会。在索

① 西尔维亚·L.思拉普:《行会》,M.M.波斯顿、E.E.里奇和E.米勒编,《剑桥欧洲经济史》,第3卷(剑桥,1963年),第5章,第230—280页。

② 莱斯利·马修斯:《英国药物史》(爱丁堡,1962年),第37—40页。

尔兹伯里，1613 年改名为杂货商公会的商人公会包括了药商、杂货商、绸布品商、金饰商、亚麻布制品商、头饰商、酒商、家具商和针织商。在彻斯特，纺织商、五金商、杂货商和药商组成一个混合行会，而在里奇菲尔德，包括各行各业的行会被简单地称作绸布商行会。只有伦敦既大又繁荣，足以为多数行业和商业保持独立的行会。1617 年药商协会的成立标志着伦敦药商正式从杂货行会独立出来。但是，在这个城市里，皇家医生学会从其 1518 年设立起就试图监督药商的活动。 1540 年的一项法令授权该学会可以进入任何药商的商店，检查货物，如果发现问题，就将其毁掉。①

如果要把英国药物零售供应的早期管理的特点归结为一种行业控制，则仍须特别谨慎。在伦敦，医生学会和药商协会都是拥有政府授权的行业协会，两者为控制药品和医疗活动而明争暗斗。药剂商把售药和制药的阵地丢给崛起的药商时，就设法通过夺取医生诊断和开方的权力来控制市场。他们职业角色定义上的改变带来了地理范围上的扩大。他们极力建立全国的行业管理制度，取代城市行会的地方裁判权。保证竞争力和服务质量以及为合格的从业者获得垄断的中央权威，成为 1794 年医学界改革运动的主要推动力。 80

在各省，历史证据表明，制药活动是受多种行业行会监督的。然而，这些行会和市政府的关系非常密切，因而把这类管理描述为当地政府的控制也未尝不可。对非法售药的处罚是行会提出的，但由市长和市议会判决。此外，绝不是所有城市地区都有行会。到 1689 年，英国二百个城镇只有四分之一有某种行会组织。

① J. G. L. 伯恩比：《1660 年到 1760 年英国药业研究》（伦敦，1983 年）。

C. B. 麦克弗森在他的创新研究《个人占有主义的政治理论》中，提出了有关人和社会的新的基本假定；这个假定在 17 世纪期间逐渐影响政治思维，并且作为今天的自由主义理论基础继续存在。这篇新论文的中心特征是近似于嵌入在 17 世纪思想中的个人主义的' 占有特性 "。

个人的占有特性是按照个人作为他自身或能力的实质上的所有者这个概念建立的、丝毫不属于社会的观念。个人既不被看成道德整体，也不被看成广大社会整体的一部分，而是被看做他自身的一个所有者。对越来越多的人来说，所有关系已成为决定他们实际自由和实现他们全部潜力的实际前景的关键性重要关系，是重复个人的本性。因为人是其自身和能力的占有者，所以个人是自由的。人的本质是不依赖于他人意志而自由的，而自由是占有的一个目的。社会是许多相互联系的自由平等的个人，他们是自身和能力的所有者。社会由所有者之间的交换关系所组成……政治社会是人的发明物，目的在于保护对其自身和财物的个人所有，并且维持被视为所有者的个人之间有序的交换关系。 ①

占有的个人主义理论使以行会为基础的经济转变为自由市场经济合法化并加以称赞。行会制度已经承认人的劳动价值；霍布斯认为,这只不过是' 一种为方便起见可交换的商品。'职业作为一种受人尊敬的固定地位，已被职业流动和交换制度所取代。到 18 世纪，重农主义者认为行会的特权是 " 违反自然秩序的 " 。 1776

81

① C. B. 麦克弗森：《个人占有主义的政治理论》（牛津,1962 年）,第 3、264 页。

年,亚当·斯密在《国富论》中根据占有的个人主义的学说建立了他的自然经济秩序理论。

亚当·斯密认为行会制度造成了劳动力和资本的低效使用。“行会的排他性特权……使特定商品的市场价格高于自然价格,使劳动力工资和资本使用的利润保持在多少高于自然水平之上。”他断定,行会管理不能保证良好的技艺,“没有为行业培养年轻人的倾向”;“对工匠真正有效的约束不是行会规定,而是顾客的要求。”斯密甚至搬出人们对行业陈词滥调的指责,“同一行会的人即使为了娱乐消遣也极少聚在一起,但是偶尔有之,谈话便以密谋危害公众或密谋提价而告终”。①

药剂师和药商是行会制度崩溃的受益者之一。他们哲学的基本原则就是相信每个人都有不受限制的权利,来从事最适合自己性情又最能为自己口袋带来金钱的任何职业。保留的行业所创立的法令和法规是压制性的,因为它们干涉了个人权利。行业管理必须让位于消费者主权。吸引顾客的需要,而非坚持行会标准,是药剂师和药商活动背后的推动力量。他们开始拥有双重自由:他自己不受任何限制地自由地开他想开的药和想开给谁的自由;以及公众购买和使用其选择药物的自由。②

18 世纪的第三个二十五年中英国出现了一个消费者协会。③在那个世纪之前,人们不会想到社会各阶层的消费者能够有新的需求,并找到引起购买力的新方式。亚当·斯密写道:“消费是所

①布莱克:《行会和公民协会》,第 13 章。

② 戴维·L.考恩:《药物和自由》,载《美国医院药物学报》,第 41 期(1984 年),第 459—467 页。

③ N. 麦肯德里克、J.布鲁尔和 J. H.普拉姆:《消费社会的诞生》(伦敦,1982 年)。

有生产的惟一终点和目的，生产者的利益只有对促进消费者利益可能必需时才应当被考虑到。这一准则是……完全不言而喻的。”许多以前不可思议的真理在18世纪被发现是不言而喻的，而从那以后似乎又不太让人明白。

82 药剂师和药商的出现是英国社会商业化的一部分。药商是成功地刺激新的需求并使18世纪的公众能够购买新产品的那群小商人之一。通过促进需求，他们帮助建起一个规模和购买力空前的新的消费者市场。药剂师和药商是忙忙碌碌、有创造性、会挣钱的商人，他们热情的宣传、积极的销售和富有灵感的商业手法为18世纪英国开创了一个新型的社会。到1780年专卖药品的销售估计达到每年187500英镑。政府相信这一行业将继续增长，1783年对它征收印花税。

在1780年后的年份里，药剂师和药商的数量明显增加。从那年起，不仅英国所有城市地区的绝对数增加，而且与日益增长的人口和其他医界从业者日益增多，药商数也在增加。药商作为新式的医界人士而很快立足下来。

药剂师和药商的成功有赖于他们满足顾客需要的能力。这些需要又扎根于古老的家庭自疗传统。在工业革命以前的英国，病人经常在解释和对待其健康状况上起到积极的作用。① 自我诊断和自我治疗是社会各阶层的一般做法，普通人经常给朋友、家人和仆人开药。门外汉有充足的理由相信，他们能像专业医生一样有效地理解和治疗疾病。17世纪家境富裕的家庭自制药物，并放在

①罗伊。波特：《1550—1860年英国疾病、医药和社会》（贝辛斯托克，1987年），第4章。

厨房备用。到 18 世纪后期，中产阶级家庭开始储存从药店里买来的药品。富人和穷人都利用药商的服务来配好家庭药方。家庭医药手册和家庭药箱的普及说明了 18 世纪期间自我诊断和自我用药新方式的广泛程度。

促使药剂师和药商兴起的消费者力量越大，普通的专业医生就越是想方设法遏制它。强调专业训练和知识的价值的医学职业化运动，不仅对药商的自由，而且也对家庭自我治疗的传统造成了冲击。医药改革者通过把病人牢牢置于医生的控制下，想排除来自药商的竞争。自行诊断用药的本质是病人的自我帮助，即合格医生控制外的医疗活动。自由市场被认为是买卖双方的一种默契合作，追逐利润的药商和顺应变化的医生通过为顾客提供所需的药品而从中谋取实惠。① 83

医药植物学是 19 世纪 40 年代反对医疗职业化的最重要的社会运动，它维护每个人成为他自己的医生的传统权利。阿尔伯特·艾赛亚·科芬 1838 年从纽约来到英国，医药植物学主要是通过他在英国普及起来的。科芬是北美塞缪尔·汤姆森提出的草药治疗方法的提供者，这一方法在杰克逊年代的开放、民主、自我改进的文化中在美国获得相当的普及。医药植物学家相信所有的疾病都可以追溯到身体热量流通受阻。受阻因使用印第安人的烟草而表面化，这种烟草能用作催吐剂或在温热的蒸汽浴中吸人体内。用辣椒粉制成的药则恢复了热流。科芬称，“现在实际上有一套药物治疗的完整方法，每个人不需太费劲就可掌握，而且几乎不用花

① S.W.F. 霍洛韦：《英国皇家药物协会 1550—1991 年》（伦敦，1991 年），第 2 章。

钱。这种方法同时具有其他已知方法的可靠性和优点。”

科芬继续在英国北部的演讲旅行，目的是组建地方协会，其成员必须有他的著作《健康的植物学指南》。科芬极力争取普通民众积极参与这种组织。地方协会民主管理，有选举的委员会，其职责派一至多名成员走访需要协会帮助的病人并为他们开药。另有一名成员管理保存协会收藏的草根和草药。在每周例会上，会员汇报其成果，并讨论困难的病例，以便“人们在医药植物学研究上可以相互帮助。”

科芬主义是大众对卷入医学职业的文化侵害进行抵制的方式。医生的职业化态度和社会权利受到猛烈攻击：

杀人的特许者进入病房和病床边，凭借法律的权威，对百依百顺的病人施行独有的权利，抽其血液、折磨其身体、暗地毒害其内脏,医治其疾病,或愿意的话就延长其疾病;不管杀死或治好,他的责任完成了，这完全由他自己决定。

科芬声称，“数以千计的人死于他们手下，否则的话他们仍将活着。水银、鸦片、酒精和使用刺血针本身就足以说明世界人口为什么急速减少。”

几个世纪以来，医学职业已经积累了力量，但是现在是“挣脱医学专制主义枷锁”的时候。人们必须从“医学束缚”下解放出来。为达到这一点，医学知识必须克服神秘性，而医疗活动必须非职业化。当‘摆弄学识的矫饰风气’被剥去后,除正常智力所及外,医学中别无所有。它不是‘一种困难、抽象、神秘的科学’;它看似如此，只是因为“那些学者为迷惑人们而掺入了这些成分”。但是医学植物学的方法已‘从所有的技术性中’解放出来,而且它是‘如此简单易懂，以至于每个社会成员如果想学都可学会”。医学植物学是民

众的医学："当民众拥有真正的医学理论时，他们的常识将完全能够治疗他们患的各种疾病。"在科芬《健康的植物学指南》的帮助下，"每位父亲都能为其自己的家庭履行医生的任务。"

医疗植物学的本质是民主的自我照顾，即认为所有人都有义务互相照顾。地方协会的建立将帮助"同胞中最穷的人自助"。汤姆森派医生在治疗之前向病人及其朋友仔细说明建议、治疗过程。他们认为医学是所有人都应同样学会的科目，其中的好处和义务是相互的。医学中的职业主义是反民主的：它使公众知识特权化。像对公地实行圈地一样，它剥夺了普通人与生俱来的权利。"把所有其他人都应学会的那种知识神秘化，关在学校中，并变成私有财产，是最大和最有害社会的错误。"

医疗植物学在北部和中部的工厂主、工匠、手工业工人、商人和小店主中有相当多的追随者。这种组织和思想体系吸引了有知识的劳动者，他们对激进政治、持宗教异议和自我改善深感兴趣。他们中有股强烈的倾向，拒绝当权者的精英主义，并且不信任专业人士的服务。这明显表现为：在提供公共津贴的初级教育很久以后，他们仍继续支持社区私营学校；更多的成年人参加不爱张扬的互进社团，而不是参加法律批准的机械协会；工人阶级偏爱当地的传道士和不用付薪的牧师，而不是英国国教的"雇佣的牧师"。

医疗职业界对科芬主义的敌意是无法妥协的。阶级利益和职业利益都使它跟踪和检举医学植物学的从业者，而且一旦有机会就起来斗争。汤姆森的做法被视为是对正统行医者现有地位和正在扩大的权利的全面挑战。认为以前的纺织工、砖瓦匠和石匠有比从几场讲座听来的多一点知识就能胜任行医的思想，科芬这种像手册样的互相讨论，是直接与开业医生延长培训期和加强资格

考核的正统要求针锋相对的。[①]

平等主义、以地区为基础、社区控制药品的供应和使用，正是汤姆森和科芬的追随者所设想的，这在今天考虑通常是不切实际的。社区控制药品这种冒似可信的模式，要以非常初步的医学知识和简单的劳动分工为前提，其中所有工作无需特殊技能，每个人都容易学会和操作。在由于复杂知识系统和职业专业化特色的先进工业社会模式中不存在这种前提。同一反对理由也用来驳斥复兴中世纪行会制度的理想。行业中民主参与的计划，例如像 G. D. H. 科尔一样的行会社会主义者提倡的那些计划，普遍被人看作是浪漫怀旧的做法。行会制度是建立在一系列个人、知己和直接的经济关系之上的。它的组织水平很低，使道德准则足以维持面对面的关系。

不过，日益成长的舆论和研究实体提出，对组织和机构并没有单一合适的尺度。不同的结构适用于不同的目的。使组织结构与人类价值相配的做法不会有任何预定的结果。近代科技并非不可避免地就导致大规模、非个人、集中、官僚政治的结构。现行的社会分工也不是神圣不可改变的。因为是社会结构，所以能够从政

①这一部分来自于：洛吉 · 巴罗"民主认识论：19 世纪中期的平民医学，"《医学社会史学会学报》,第 29 期（1981 年），第 25—29 页；P. S. 布朗："19 世纪中期英国的、特别提交布里斯托尔的《药草学和医药植物学》"，《医学史》，第 26 期（1982 年），第 405—420 页；J. F. C. 哈里森：《维多利亚时代早期的激进派和医学初级知识》，收在 W. F. 拜纳姆和罗伊 · 波特编的《医学初级知识和医学正统观念 1750—1850 年》（伦敦，1987 年），第 198—215 页；休拉 · 米利和约翰 · V. 皮克斯通："1850 年前后的医学植物学：在工业化美国的美国医学》收在罗杰 · 库特编的《替代医学史研究》（巴辛斯托克，1988 年），第 139—154 页；约翰 · V. 皮克斯通：《医学植物学（维多利亚时代英国自助医学）》，《曼彻斯特文学暨哲学学会,回忆录和论文集》,第 119 期（1976—1977 年），第 85—95 页。

治上打破。

职业特性思想的主要特征，是强调在个人信任的关系中对个别顾客进行单独的职业服务。据说，专业人员不能扩大服务范围，86 不能从事成批生产，除极窄的圈子外不能向下属传授技艺。从传统上看，职业特性的本质建立在这样的信仰上，即个人是服务的真正单位，因为服务依赖于个人品质和个人判断，而这些又是以不能转移到别人肩上的个人责任为基础的。① 如果这是为这些观点有一点辩解的话，那接着就应看到，大规模的社团力量，不管是国家或私人管理的，就像有碍于社会控制一样，也有碍于职业控制。不过，今天有少数人对职业介入药品供应管理的权利甚至对其必要性提出疑问。现代药品供应管理的方法，在国内和国际两方面都是现代公共管理的最大失败之一，这当然是很少有疑问的。当管理方法比管理对象导致更大的社会问题时，只有通过根本改变方向才能避免灾难加剧。在这种情况下，强调保持一定速度的经济、权力分散和组织机构适度规模，生态政治学可能不是倒退，而似乎是更不切实际。②

当大不列颠药物协会于 1841 年成立时，该国的任何人实际上都能够出售和宣传他喜欢的任何药品，在药中加入他喜欢的任何东西，用他喜欢的任何名称来称呼，而且声称它有他希望公众相信的任何功效。公众同样随便购买他们希望的任何药品和药剂，数量任意，不受药商或医疗处方的限制。甚至医生的处方所起的控

① T. H. 马歇尔：《阶级、公民权和社会发展》（纽约，1965 年），第 158—179 页。

② 乔纳森·波里特：《骗局》（牛津，1984 年）。

制作用也极为有限，因为处方归病人所有，可随意配药。由于大部分原材料相当便宜，商家间的竞争又如此激烈，因此大多数烈性药除赤贫者外都可买得起。约翰·西蒙在 1854 年看到,价格低廉的毒药像是肥皂一样无动于衷地从柜台里递出来。

药物协会的基本目标是成为英国的药物管理权威。它打算通过城市精英的领导，把那群乱七八糟、极不成熟的个体药剂师和药商改造为赢得公众信任、自尊自重的职业者。领导药剂师认为自己并不是仅仅以竞争性价格售卖物品的店主，而是出售其服务的熟练开业医生。公众依靠他们制作、调混和配药的知识和技艺。他们的药物知识是许多工作必需的基础，如判定药品的纯度和新鲜度、介绍在治疗疾病中的功效、对剂量和用药方式提出建议以及对药品的危险性作出警告。因为顾客把他们的健康甚至生命都交到了药剂师的手里,所以专业知识和经验、诚实、可靠以及正直是必不可少的。

87

药物协会的任务是要用职业组织的社团声誉代替从业者的个人声誉作为公众信任的基础。为达到这一点，协会将采取一些措施，其中包括清除庸医和不胜任者、对成员的活动实行监督、制定道德法规以及控制未来开业医生的加入、教育、考核和登记。

药剂师组织变成一个协会，其主要目标据称是提高医药的职业性质，并保证一致有效的医学管理，这将给每个成员以应有的公众信任。协会将有权反复宣传良莠不齐的弊端、启发公众注意廉价药物的危害、从而克服存在于我们许多人中间赞成错误节约措施的偏见，以及宣传每位药商都应具备科学知识的好处。①

① 雅各布·贝尔:《在药物协会上对药商们作的讲话》(1841 年),第 5—8 页。

在药物协会成立之前一年多，《药商》的编辑们已经论证说：“零售药商必须……被强迫经受对他的药物性质和治疗特点的知识进行严格的考核，从而使他能发现处方中的任何错误，并保证不因无知而犯错误。’①

《药物学报》编辑雅各布·贝尔指出：

协会建立的目的是……提高英国那些从事药业的人的品质。要达到这一目的，首先要把所有药商联合成一个团体；其次，要引入一种医药教育的制度；第三，要求为这种实体提供这样的组织和教育，要求这种团体成员的资格应该具有的保护和特权。②

十年后贝尔写道：“药商直到最近才组织起来，与其说是职业不如说是行业，因而没有作为组织和职业交流的自然结果那种训练优点。,,③

88

药物协会的建立不是药商中职业团结和职业意识增强的结果。它的成立是伦敦的少数药商精英“为了把团体的大权掌握在他们手中”。他们的计划是要管理和控制行业内的其他人。当协会极力劝说其成员把职业责任和公共服务置于自我利益之上时，当它批评价格竞争和目光短视的渔利行为时，当它谴责药商的无知和不称职并否认他们作为药商行医的权利时，它促进了城市精英的利益，损害了行内其他阶层的利益。许多药商拒绝加入并不

① 《药商》,第 1 期(1840 年),第 2 页。
② 《药物学报》,第 2 期(1842—1843 年),第 741 页。
③ 同上,第 12 期 (1852—1853 年),第 369 页。

奇怪。他们不要求成为专业人士。他们不急于获得对经商无关紧要的资格，也不想对伦敦一个遥远的协会交纳年费。最为重要的是，他们并不希望他们未来的工作受到检查和监督。必须遵守约束的那些人发现协会的价值不如管理协会的那些人看到的明显。大多数药剂师和药商想单独继续挣钱。他们认为，“自由贸易不但以最低成本给公众最好的东西，而且根据同一运作规律，它提供和鼓励了最好的才能、最高的技术和最老道的经验。”①

作为一个自愿社团，药物协会发现自己有一种必然的两面性。它向其成员承诺保护和进步，但同时又说到管理和控制。它首先需要足够的成员，以使自己成为一个财政上可靠、永久和有代表性的组织。它想实现它的要求作为一个总的医药实体说话。除非它提供保护和进步，否则它会冒根本没有会员之危险。另一方面，它必须让医药界有影响的群体和公共舆论的代表接受它。因此，协会发起人首先说到的是训练、管理和控制。

这种困难的惟一有效解决方法是国家的干预。医药职业化需要立法机关即最高的立法和执行机构的支持。雅各布 · 贝尔 1844 年声称，“药物协会成立的时候，药商渴望的未来目标就是一项国会法案。”②

89

我们一贯主张，我们的团体是、而且必须被看作是医学职业的一个分支，而且对医学界开业医生可能必要的任何管理有关教育、登记或保护，同样类似的法律制定在我们的部门也是必要的……

① 《药商》,第 3 期(1862 年),第 79—80 页。

② 《药物学刊》,第 4 期(1844—1845 年),第 295 页。

在开处方时强调科学和技能的重要性，而同时又让药剂师随意改变，这将是非常荒唐的……禁止不合格的配药者和禁止不合格的开业医生一样，事关公众的安全。①

当雅各布·贝尔 1851 年在下院提出他的药品法案时，他阐明了在药品管理中需要强制性的力量：

根据现有的安排，协会考核候选者是一件自愿的事情；因此，如果一个人参加考试，而且发现自己不胜任并不能拿到证书，那么虽然他一无所知，他可以没有证书就做生意，并对主考人满不在乎……药物协会的目标就是提出药品法案，使考试成为强制性的。②

协会完全是自愿性质的；它的权力没有延伸到它的成员之外……结果协会对业内那些人的影响是很小的……因此，为扩大那种有益的影响，有必要增加协会的权力，而且正是为这一目的，提出了药品法案。③

1851 年当特设委员会讨论药品法案时，引用了海外医药管理的证据来给予支持。在欧洲大陆，据称药商都是受过良好教育的人。政府提供医药学校，学生在那里“有机会获得现今大发现年代所提供的知识；而且他们在行业中立足之前必须被迫接受严格的

① 《药物学刊》,第 4 期(1844—1845 年),第 101 页,第 2 期(1842—1843 年),第 678 页,第 3 期(1843—1844 年),第 511 页。

② 《议会记录》,第 118 期(1851 年),第 111—118 页。

③ 同上，第 119 期(1852 年),第 467—468 页。

考试”。[1] 雅各布 • 贝尔指出“在法国法律是如此严厉,如果没有资格和执照，任何人都不允许在最小的病例中作出医疗建议。药商禁止给病人的任何药方配药，除非处方是医生开的；如果没有进行考试，任何人都不能从事药商的生意，也不能雇用不合资格的助手。”

在挪威、瑞典、丹麦、芬兰、俄国和德国：

不仅不符合资格的人禁止在这一职业的任何部门任职，而且正常的医生数量也受法律限制；只有被认为是各个地区人口需要的那么多人才发给执照……教育课程明确而全面；考试非常严厉，每个候选者都必须及格……该职业享有一种受严格保护的垄断。[2]

药物协会认为配好医生的处方是药物方面的核心问题。药物学校的课程和考试大纲是以药商适当经营范围这一定义为基础的。所有其他的活动，包括出售毒药，最多被看做是辅助的，更多地经常被看成是不值得提到的。 19 世纪协会议会活动的主要目标是为其成员获得给医生处方配药权利的垄断。在提议对他 1851 年的药品法案进行二读时，雅各布 • 贝尔解释说：

这一措施的目标是要改进药商的资格，并建立一种原则，即所

① 《药物学报》,第 1 期（1841—1842 年）,第 4 页。
② 同上,第 3 期（1843—1844 年）,第 509—510 页。

有那些为医生药方配药的人都必须接受一定数量的教育，并通过一项考试，作为对其是否适合担负其重要职责的检验。

与此相似,药物协会的 1864 年法案规定“:在大不列颠的任何地方，除了药剂师，任何人从事药店生意为完全合格的开业医生的处方配药,将是违法的。’①

尽管药物协会的领导人认识到， 19 世纪 50 年代期间对不受限制地可买到毒药的道德恐慌“ 必然会导致用药者顾虑重重，”但是他们坚决反对政府通过国家管理来控制毒药销售的计划。他们也不要求立法使他们成为“ 毒品指定销售商 ”。药物协会的立场是，向公众供应毒药的最有效的保护措施就是建起一种药剂师的职业制度。

因为目前毒药交易绝对自由，而且药品一般都是如此，我们认为，要采取的第一步是开始登记所有目前与出售毒药有关的人员，并颁布一项法律，规定将来任何没有登记的人都不允许出售某类药品，其中包括一系列毒药；过一些时间后，所有出售这些东西以及为病人配药的人都需要经过考试……我们认为那将是为公众避免中毒事件和放毒犯罪的最有效的保障。 ②

此外，虽然药物协会的领导人在与其目的相符时并不反对与欧洲的做法作比较，但是他们不想照搬大陆建立的对药物集权、政

① 《议会文件》 ,1865 年 (78 号),第 1 宗 ,第 107 页。

② 《上院毒药销售法案特设委员会报告》 ,1857 年 ,第 2 次会议(294 号),第 12 宗 。

府的控制方式。不管多么羡慕法德药剂师的科学教育、职业地位和商业保护，英国药商根本不想置于不论是医学职业或是国家的控制之下。药剂师想控制自己的事情。

如果药业要在这个国家发展和繁荣，它必须置于药业实体的照顾和管理之下。如果任何科学、艺术或职业要管理得好，它必须授权给自己的成员——那些教育、经验和日常职业而与进步有关联并熟悉它的要求的那些人。没有任何其他行业是受外部裁决和干涉的，为什么药业要成为一个单独的例外呢？①

药物协会需要一种国家强制实行的垄断，来保护自己不受国家的干涉。在维多利亚时代中期的英国，这并不是过分的要求：限制自己的活动就是公认的国家主要责任之一。

H. C. G. 马修博士在他权威性的格莱斯顿传记中评论道："不可能存在过工业经济，国家在其中所起的作用比 19 世纪 60 年代的联合王国还要小。"② 人们广泛认为，政府和民间社会之间的关系是"权衡利害的婚姻，而不是情投意合的婚姻"。③ 政府的目的不是决定社会的结构和运作，而是提供一个规则和准则的框架，以使社会能够非常广泛地自己运作。在他 1860 年的预算演讲中，格莱斯顿这样讲道：

① 《药物学报》，第 17 期（1857—1858 年），第 443 页。
② H. C. G 马修：《格莱斯顿 1809—1874 年》（牛津，1986 年），第 169 页。
③ 乔斯·哈里斯：《20 世纪英国的社会和国家》；F. M. L. 汤普森编：《剑桥英国社会史 1750—1950 年》，第 3 卷（剑桥，1990 年），第 2 章，第 63—117 页。

在这种立法机关中，你不是在给人们机械的支持和帮助，也不是在努力为他们做本应他们做的事，而是在增加他们的收入而不缩小他们的自由，你是在尊重他们的劳动，你是在呼吁他们的责任感，你不是在损害他们高尚的自力精神。①

英国人以下述事实感到自豪，即他们的宪法与大陆欧洲更强制的和国家主义的制度是很少相同之处的。他们感到高兴的是，英国没有人数庞大的薪水官员，而是依靠中央和地方政府中的贵族的大量不付酬的服务。在英国，国家被认为是次等重要的机构。它的存在主要是为方便起见和保护个人私生活中的权利。相反，包括商业、工作、宗教、休闲、文化和家庭生活的民间社会被视为人类活动的最高领域。当维多利亚时代中期的政府并不干涉这一领域时，它们之间的关系非常合理，既完全实用，又方便交易。

92

在约翰·斯图亚特·密尔经典性的论文《论自由》中，他警告说政府干涉不断增强，对个人自由造成了危险。

有一种倾向越来越明显，即通过舆论力量甚至立法机关的力量，社会权力过分压制了个人自由；而且因这个世界发生的所有变化的趋势是加强社会权力，减少个人权力，这一侵权的弊病不会马上消失，而是相反会变得越来越可怕……除非针对这一弊病建立起一种道德信念的强大屏障，否则在世界目前的情势下，我们还得

①马修：《格莱斯顿》，第 116 页。

眼睁睁地看着它愈演愈烈。[1]

密尔并不能构筑起针对国家管理毒药销售的强大道德信念屏障。他的确找到了在这种情况下社会权力为什么应该加强的原因。颇为独特的是，他是从他的坚定的对自由贸易信念出发的。他说，人们现在承认：

让生产者和销售者完全自由，惟一的约束是购买者任意选择物品的同样自由，这能最有效地提供价廉质优的商品。这就是所谓的自由贸易理论。它是建立在与本文论述的个人自由原则不同但又同样稳固的基础上的。

但是，“贸易是一种社会行为。不管是谁出售何种物品给公众，对其他人和整个社会的利益有何影响，理论上他的行为都在社会的管辖范围内。”

毒药销售提出了一个新问题，即“被称为警察职能的适当权限是什么；为防止犯罪和突发事件，自由能被合法侵害到什么程度。”穆勒认为“在犯罪以前进行预防，以及在此后进行缉查和惩罚，是政府无可争议的职能之一。”因为极权主义警察国家遵循的就是这一原则，所以毫不奇怪密尔对这一点深表不安。

93 然而，政府的预防职能远比惩罚职能更容易滥用而损害自由；因为几乎任何人类行为的合法自由都可能为这样或那样的犯罪带

① 约翰·斯图亚特·密尔：《论自由》，S. 科林尼编（剑桥，1989 年），第 17 页。

来便利，而且正是如此。

尽管这样，密尔一再坚持说，从理论上讲，公共权力可以干预个人自由来防止犯罪。与此相似，“防范突发事故是公共权力应尽的职责。’然而,不是肯定有事故而只有事故的危险时,个人“只应被警告有危险，而不应强制性地阻碍他自己揭露它。”密尔接着转向毒药销售问题，“看看可能的管理方式中哪些与原则相符，哪些与原则相背。”“如果毒药从未买来或用于除犯罪以外的任何目的，那禁止其生产和销售就是正确的。然而，它们不但可以不用来犯罪，而且可用于有益的目的，因而不能不考虑其他情况而因一种理由就实行限制。”

这一点，人们会认为是不言自明的。密尔接着谈到具体的建议：

例如，在药品上贴上一些文字说明其危险性，实行这样的预防措施，可以不违反自由：购买者必须了解他买的东西有毒性。但是在所有情况下要有医疗从业者的证书，有时候就不可能得到这种货品来用于正当用途，而且总是价格昂贵。

密尔在这里忽视了医生和药商们提出的观点，这就是病人可能明了服下标着有毒的药品。教育毒药销售者，是为了给毒药购买者提供用药指导和安全性，因为毒性和药效是密切相关的。但是密尔忽视了毒药的药用方面，把问题仅仅看成是一个治安问题。对他来说,关键是要找到防止犯罪的方法;“这些方法值得考虑,但毫不违反为其他目的需要这种有毒物品的那些人的自由。”密尔全

神贯注于自由从而使他提出的建议完全由政府管理。

例如，销售者可能需要登记交易时间、购买者的姓名和地址以及精确的售出品级和数量；需要问明使用目的，并记录下得到的回答。如果没有医生处方，就可能需要第三者出来为购买者说明事实，以免以后被追究：认为那东西已用于犯罪目的。[①]

94

密尔有关毒药销售的讨论没有任何新意。他提议的解决方案已经是普通做法。早在 19 世纪 40 年代，为曼彻斯特和斯托克波特通过的两项地方性议会法案，已禁止向二十一岁以下者和其他任何人出售砒霜和氰化物，除非有两个证人在场，并且在毒药记录上已记下购买者的各种细节。 1851 年的砒霜法是中央政府全国规模的限制毒药销售的最初尝试。根据该法令，砒霜销售者必须：(1)只出售给成年人；(2) 在砒霜中掺人烟灰或靛蓝；(3) 在售药记录上记下购买者的姓名、地址和职业、购买日期、售出数量以及需求目的；(4) 除非购买者是已知熟人，否则只能在双方都认识的证人到场后才可出售；以及(5)保证药单已经销售者、购买者以及必要时证人签名。

因缺乏实行措施，砒霜法与其说是一项有效的立法，倒不如说是一个有意义的宣言。不过，到约翰 · 斯图亚特 · 密尔要完成他著名论文的初稿时，英国政府正打算把法令的规定扩大到其他毒药。越来越多的毒药不但被用于医疗，而且用于工艺、制造和农业。人们在生活的许多方面都需要毒药，不仅是为了自身医疗，而

① 密尔：《论自由》，第 96—97 页。

且也用于家庭、车间和野外工作。

在 1857—1859 年期间，药物协会成功地反对了政府通过详细管制来解决毒药问题的意图。雅各布 · 贝尔认为“通过关于提高出售者的知识和教育，而不是任何专断的管制，公众的安全将得到更好的保障。”毒药销售是一种需要准确判断和谨慎细致的活动。详细管制会“使药商即出售毒药的人失去目前是公众最大保证的责任感。”

在最近的一篇文章里，彼得 · 巴特里普博士认为，1851 年砒霜法是“医药改革立法的第一步。的确，它预示了 1852 年的药物法和 1868 年更为重要得多的药物和毒药法。”他继续道，“随着砒霜法的通过，毒药和药物管理之间的密切联系就建立起来了。”① 这一观点似乎过分强调了时间先后的事实。药物协会提倡的药物管理方式与砒霜法要求的方法有着天壤之别。在 1851 年法案和 1857—1859 年的毒药法案中，政府试图管理毒药销售，但不参与药物改革。在整个 19 世纪，英国政府拒绝承担责任来推进药物科学、教育和经营。他们在推动毒药立法上惟一关心的事是防止犯罪。也许这一点正是我们现在所有不幸的原因。对个人自由的强烈关心已在国际范围内促成了药物供应的政府管理体制，这使个人甚至国家的权力都经常受到侵害。

① 彼得 · 巴特里普：《1851 年砒霜法和防止私自用毒》，载《医学史》，第 36 期（1992 年），第 53—69 页。

97 # 第五章

德国第二帝国时期帝国卫生局和化学工业：伙伴还是对手？

埃里克·希克尔

总的来说，这篇文章是关于 1871—1914 年间德国的药品管理、特别是关于这一方面政府和化学工业之间的相互关系。德国化学工业从一开始就不是一个统一的、有组织结构的工业部门。自 19 世纪 50 年代和 60 年代起，化学工业就可以区分为重（初级）化学工业和制作（加工）工业。然而前者的利益和问题是（与日益崛起的煤炭和钢铁工业一起的）苏打、硫酸、钾碱和化学肥料的生产，而后者则追求自己的利益，其中首要的是与政府卫生机构打交道。随着 1877 年一个叫作保护化学工业利益协会的成立，制作工业的这一独特态度显得更加突出。①

在分析第二帝国的卫生政策时，我们的主要兴趣将是制作工业。它的产品分为两大类，即煤焦油化学药品和精制化学药品——二者都与药品业密切相关。药剂师在德国传统上享有

① 对于当代仍然有用的历史叙述，见 H. 舒尔茨：*Die Entwicklung der chemischen Industrie in Deutschland seit dem Jahre 1875. Eine volkswirtschaftliche Studie*（哈勒，1908年）。这里化学工业的所有分支都论述到了。

制药的特权，这时也对开发精制化学药品产生兴趣。19 世纪中期的工业化使这样一些公司如谢林、里德尔和默克从药店中脱颖而出。① 从 19 世纪 80 年代起，染料制造商开始用废产品或副产品生产药品。其中一些最著名的公司是霍奇斯特、卡勒和拜尔。②

历史著述过分看重初级工业，不过 1871 年和 1914 年间化学工业的大发展却大多发生在加工工业中。这段时间雇佣人数和出口的统计数字证实了这一点，原因之一就是加工工业有特别良好的职业基础。③ 在发展初期，它不仅投资资金（来自于法国的战败赔款）充足，而且潜在的专业人员也很多。许多以前在附有实验室的药店里受过良好训练的学徒，转向大学的化学教研机构，接受进一步的教育。④ 这些大学毕业生大多数在化学工业供职，因而建 98

① G. 厄当："Die deutsche Apotheke als keimzelle der deutschen pharmazeutischen Industrie," *Die Vorträge der Hauptver sammlung in Wien* （= *Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Pharmazie*）（米腾瓦尔德（1931 年）），第 93—153 页。

② A. J. 伊德：《近代化学的发展》（纽约，1964 年），第 443—471、671—694 页；W 施奈德：*Geschichte der pharmazeutischem Chimie*（温海姆，1972 年），第 279—304 页。

③ 舒尔茨：《发展》，第 16、32、96、104、180、191—194 页，载《化学工业杂志》，第 32 期（1909 年），第 37 页；W. G. 霍夫曼：*Das Wachstum der deutschen Wirtschaft seit der Mitte des 19. Jahrhunderts*（柏林，1965 年），第 196 页；W. 鲁登道夫："Die Wechselwirkungen zwischen den chemischen Instituten der Technischen Hochschule Dresden und der Industrieim Zeitraum von 1870 bis 1900"（学位论文，德累斯顿，1970 年），第 2 卷，第 138 页。

④ 利比格在吉森大学的学生最初大多来自药剂商店。值得注意的是，在利比格在世期间，他出版的杂志有《药学年鉴》（1832—1839 年）和《药学和化学年鉴》（1840—1873 年）两个名称。

立起了大学和工业之间的密切联系。① 通过与科学紧密结合，德国制药工业在 19 世纪 70 年代已取得了世界的主导地位。与此同时，这一状况要求有一种特别的政策，而这种政策必然与德国工业家中央联合会（由德国重工业控制）为消除外国竞争而实行特别的保护性关税相对立。另一方面，制药工业因其世界的主导地位，可以更加‘自由竞争”它甚至赞成拆除关税壁垒。因此，保护化学工业利益联合会反对 1879 年俾斯麦的保护主义政策。②

我可以用几个例子说明德国制造工业在全世界的杰出的基础。首先，我不想在这里讨论煤焦油染料和精制化学药品，其次，也不想讨论合成化学药品。我要做的是扼要论述近来遇到的一些经济和科学问题。③

水合氯醛最初制造于 1869 年。它是市场上最早的不依靠天然物品的合成催眠剂。这是一系列实验研究之开始，索佛那（1889

① 参阅 J. S. 弗鲁顿关于阿道夫·冯·拜耳的研究院和德国化学工业的论述，《化学和生物化学科学中科学风格研究团体比较》（费城，1990 年），第 158 页；O. 克拉茨：*Beilstein-Erlenmeyer. Briefe*（慕尼黑，1972 年）；同上，“Der Chemiker in den Gründerjahren”，载 E. 施莫德里编的 *De Chemiker im Wandel der Zeiten*（温海姆，1973 年），第 259—284 页。

② 参阅 1878 年以来各期《化学工业》杂志；W. 弗肖芬：*Wirtschaftsgeschichte der chemisch-pharmazeutischen Industrie* 第 3 卷：《1870—1914 年》（奥伦多尔夫，1958 年）。关于该协会历史的另一方面，见 R. 索内曼：“Der Einfluss des Patentwesens auf die Herausbildung von Monopolen in der deutschen Teerfarbenindustrie(1877—1914)”（学位论文，哈勒-维腾堡大学，1963 年），第 158—188 页。该协会的一些成员后来成为 KGA 的成员，例如 J. F. 霍尔茨（谢林公司）和路易斯·默克。关于帝国时期利益集团对政治的影响，见 W. 费希尔：“Staatsver waltung und Interessenverbande in Deutschen Reich 1871—1914”，载 C. 博瑞特和 D. 格罗译编的 *Interdependenzen von Politik und Wirtschaft. Festgabe für Gerd v. Eynern*（柏林，1967 年），第 431—456 页。

③ 见弗肖芬前引书；伊德前引书；施奈德前引书。更多的例子也可见 P. 西德勒：*Die Chemischen Arzneimittel der letzten 113 Jahre*（柏林，1914 年）。

年）和佛罗那(1903 年）等药剂就来自于这些研究。从科学的观点看，这刺激了人们努力去找出药物结构和药物作用之间的联系。①

1873 年科尔比生产出合成的水杨酸，于是天然的水杨苷第一次仿制出来用于止痛和退热目的。这场引发海登和谢林之间关于专利权的著名争论的诱因，表明专利和商标立法的重要性在不断增强。② 关于 1886 年卡勒销售化学上久为人知的《退热冰》乙酰苯胺，它第一次变得清晰可见，在制作工业中的商标保护远比专利的保护重要。用一种不同的合成方法制造一种药品通常是相当容易的，因此只有商标能保护公司的产品，至少是在几年之内。

99

安替比林说明了药品生产令人感兴趣的几个方面。它最早由霍奇斯特在 1884 年从苯联氨、一种合成的黄色染料物质中制造出来；表明了药品生产和染料生产之间的密切联系。③ 它也是天然奎宁的替代品。另一个著名的研制成果是氨基比林。 1886 年拜尔发现非那西汀，并于 1887 年后大规模生产。它来自于煤焦油染料生产的一种副产品。这揭示出一些在今天化学工业中仍然有用的基本成分：获自其他合成物的副产品的使用，在开发阶段迅速推广产品，以及把药品和临床实践紧密结合起来。④

德国制作工业从其成功中获得了自信，要以几乎是现代的公共关系活动来促进其成就。因此，早已在 1884 年，霍奇斯特就向

① B. 伊塞库茨 :*Die Geschichte der Arzneimittel-forschung*（布达佩斯，1971 年），第 77 页。

② 保护制药方法的帝国专利法始于 1876 年，商标立法则始于 1894 年。

③作为进一步发展的奎宁替代物卡林 。

④ 这样，19 世纪 80 年代医学教授卡斯特、包姆勒、吉哈德特和弗里德里希 • 穆勒就为拜耳工作，梅林和考伯特为默克工作，科布伦茨联邦档案馆，第 86 宗，第 1654 和 1642 号，载 *Mercks Berichte*（1888 年），第 30 页。

帝国卫生局递交了一封内容广泛的信件，阐述了正在进行的药物合成计划对公众带来的好处。① 这表明有相当的先见之明，因为这时帝国卫生局的权力仍微不足道。它成立于 1876 年，那时德国各邦仍不愿意把权力移交给帝国中央机构。这意味着帝国卫生局只是一个顾问单位，卫生管理和立法权仍在各邦手中。② 1882 年后帝国卫生局准许进行的惟一立法活动，是制定《帝国药典》。③

① 在其他事情中，做这件事是为了防止把新安替比林划为只能在药店购买的制剂。有关的段落翻译如下："药店的中介作用完全是一种妨碍。例如，让我们讨论一下安替比林贸易。我们关心的是为病人提供尽可能便宜的安替比林。我们认为，从一开始就为这种新药承担药剂师或药商应该承担的风险，就能够最好地做到这点。我们做这件事是对药商承担了直接的和对药剂师承担了间接的义务，即在任何时候可拿回所有未开封的药瓶（25 克）。我们以每公斤 96 马克售给药商（120 马克，打折 20%），以 120 马克售给急需的药店，以 108 马克售给医院药房。生产安替比林的两种原料苯联氨和乙酰醋酸迄今都未大规模生产，（因而）很昂贵。看到这一点，再考虑到价格，我们的赢利大致可以算出。人们会期望药商以每公斤 120 马克买进安替比林，以每公斤 200 马克或每克 20 芬尼卖出。但是他以高得多的价格售出安替比林，就会和医生一起败坏该药的名声。如果发现医学上有价值的东西值得称赞，进而如果一个药厂宣布有能力大规模生产这种东西，那么个体药商（在这上面）有何功劳呢？他不可能保证这种东西的纯度，因为他不懂它的特性"〔安替比林的特性在第三版德国药典（1891 年）中有记述〕。见科布伦茨联邦档案馆，第 86 宗，第 1642 号。

② 关于 KGA 的历史，见：*Das Reichsgesundheitsamt 1876—1926. Festschrifthrsg Vom Reichsgesundheitsamt aus Anlass Seines fünfzigjährigen Bestehens*（柏林，1926 年）；O. 拉普蒙德：*Das öffentliche Gesund heitswesen*（莱比锡，1901 年），第 62—65、135—137 页。

③它的先例是由各邦权威当局提供的：例如，在柏林的宗教、教育和医疗事务部药物事务专门委员会制定的普鲁士药典。参阅 E. 希克尔："Arzneimittelkommissionen bei der Preussischen Regierung 1782—1862"，《Rete-Strukturgeschichte der Naturwissenschaften》，第 2 期（1974 年），第 143—167 页。第一版帝国药典（1872 年）是联邦议会（Bundesrat）设立的专门委员会提出的。参阅施奈德："Vorgeschichte der ersten Pharmacopoea Germanica"，*Pharmazeutische Zeitung*，第 104 期（1959 年），第 495—499、519、1985—1990 页。1876 年后，特设委员会和新成立的 KGA 都想编纂新版的德国药典。经过一些争论，KGA 于 1878 年任命了专门委员会人选。默茨堡德国中央档案馆，第 76Ⅷ A 宗，第 1761 号。

尽管受到诸多限制，它很快找到了一种影响各邦立法的方法。它提出草案，先由联邦议会通过，然后发往各邦要求通过实施。①

帝国卫生局的许多活动是众所周知的，例如，采取措施与流行病作斗争、提倡卫生学和微生物学，以及发展医疗统计事业。其他的首创活动，如帝国卫生局很早就关注的药品控制，这连专家们也不知道。关于这一点以及关于工业和大学之间的联系，下面将作进一步论述。

帝国卫生局的药品控制活动之所以几乎无人注意到，有几个原因。首先，这一方面的许多提议没有成果，因为草案由于帝国卫生局影响力之外的原因未获通过。② 其次，就原始资料来看，事物的状况并不足以鼓舞来探讨这一课题。帝国卫生局从一开始就保存记录，但不幸的是它们只有部分从第二次世界大战中残留下来，今天放在科布伦茨的联邦档案馆。 1876 年后的最初年份似乎只有部分的文件记录。例如，1882 年和 1900 年之间帝国药典的修改情况就是这样。它的补充材料来自帝国首相办公室档案，也来自保存在梅泽堡的普鲁士王国宗教、教育和医疗事务部档案（特别是帝国政府和普鲁士医疗部之间的通信）。 100

我原想一些公司的档案中会有记录，但是不幸的是，那些最重要的公司并无什么帮助。谢林和默克没有答复我的询问。

据我所知，1876 年和 1914 年间帝国卫生局全力关注的三个最重要的方面是 第一，化学药品的质量控制 第二，检验药品工业

① 1961 年前没有综合的药品控制法。 1871 年和 1914 年间，药品贸易是由各邦和帝国通过几个法令和法律进行管理的。

② KGA 既不是立法团体，也不是行政团体—— 它仅是一个顾问机构。因此，它被授权起草法案或法令并呈送给帝国首相办公室。

的'精制品'(专利药品)第三,草本制剂的控制。制药工业从一开始就注意这些问题，尽管初看起来似乎并非如此。一个主要问题是，在德国各邦传统上药物管理的职责是由立法者交给药剂商的。但是随着工业生产药物的增加，这一任务变得更加困难，因为厂家没有尽快提供详细的新产品说明书。

化 学 药 品

当帝国卫生局于 1876 年成立时，人们已在讨论化学药品的纯度问题。尽管在普鲁士最后一部药典中把检验程序的选择交给药剂商，但德国第一部药典(1872 年）却制定了某些规定，尽管只有很少规定，但却是第一次。①

一年之后,五家主要的药品公司(谢林、梅尔克、格赫、马奎德特和特朗多尔夫）公开欢迎这一改革。② 它们都能有把握地做到这一点，因为它们的制品当时在使用中完全符合要求。新成立的帝国卫生局利用这一点来赢得地位。但是或者是因为不了解情况，或是想使自己与普鲁士的前任有所不同，帝国卫生局最初主张

① E. 希克尔:*Arzneimittel-Standardisierung in den Pharmakopöen des 19. Jahrhunderts in Deutschland, Frankreich, Grossbritannien und den Vereinigten Staaten von America* (斯图加特,1973 年),第 75—84、91—98 页;同上,"Die Pharmakopöe, ein Spiegel ihrer Zeit (Tschirch。)", *Medizinhistorisches Journal* ,第 6 期(1971 年),第 207—212 页;同上,"Probleme bei der Einführung Chemischanalytischer prüfmethoden in die Pharmakopoen", *Veröffentlichungen der Gesellschaft für Geschichte der Pharmazie*,第 38 期(1972 年),第 165—171 页;同上,"Hundert Jahre Deutsches Arzneibuch", *Pharmazeutische Industrie* ,第 34 期(1972 年),第 581—583 页。

② 默茨堡德国中央档案馆，第 76Ⅷ A 宗,第 1761 号,第 150 页。

降低纯度标准。① 从第一版帝国药典已充分容忍低纯度来看，这似乎不可理解。1878 年，帝国卫生局第一次开始制定自己的药典—— 101 事实上是第二版的帝国药典(1882 年)时,这一主张开始明显转变。

因为引入了更新更好的分解方法，分析者可随意使用的权力大为减少。更新的方法包括容量分析法，以及改进的溶点的测定。② 还应当注意的是，来自大学内外的专家成了药典委员会的成员，其中有著名的分析家、布雷斯劳大学药物化学教授波勒克。虽然药典委员会中尚没有工业界代表，但这并不意味着它没有影响。雷伯指出，委员会成员曾“私下”咨询制造商谢林的意见。③ 谢林要求很高标准的纯度、而且他能做到，因为他的公司因生产和使用最纯的化学药品而著名。④ 在竞争者（可能有默克、里德尔、伯林格，而且也许有格赫和特朗多尔夫）看来，第二版药典似乎过于严格，他们在一份传单中对此提出抗议，不过这方面的情况我只有二手资料。⑤

① 默茨堡德国中央档案馆，第 76Ⅷ A 宗,第 1761 号,第 150 页。

②希克尔：*Arzneimittle-Standardisierung* ,第 13、75—84、92—98、142—149 页；同上书,《问题》。

③ B. 雷伯 :*Gallerie〔sic〕hervorragender Therapeutiker und Pharmakognosten der Gegenwart*（日内瓦,1897 年),第 376—378 页。

④ 同上,第 376 页 舒尔茨 :上引书,第 93 页。

⑤ 这份传单中指的是哪些药品公司，人们只能猜测，因为 KGA 的有关资料已经轶失，参阅弗肖芬前引书。也可见 W. 伯恩斯曼 :“Arzneimittelforschung und-entwicklung in Deutschland in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts”, *Die pharmazentische Industrie* ,第 29 期(1967 年),第 448、525—529、669—673、745—748、834—836、963—966、1032—1035 页，以及第 30 期(1968 年),第 58—59、131—132、199、342—344、408—409、471—473 页；J. H. 默克 :*Entwicklung und Stand der Pharmazeutischen Gross-Industrie Deutschlands*（柏林,1923 年),第 50 页；*Die Chemische Industrie*，第 1 期(1978 年),第 1—3 页 科布伦茨联邦档案馆,第 86 宗,第 1530、1533 号。

帝国卫生局注意到这些不满，然后大概把这些意见传给了波莱克；后者指派他在布雷斯劳大学的合作者苏梅尔用受到抱怨的方法来检验普遍使用的化学药品。苏梅尔的结论是，药典规定的检验程序大多数是恰当的；一些过于宽松，只有五分之一过于严格。① 那是最后一次一个大学扮演了帝国卫生局和工业界之间的独立裁决者。

在准备第三版帝国药典时，谢林的合作伙伴 J. F. 霍尔茨对确定纯度标准②产生了影响。他有什么样的影响只能是猜测；事实是第三版定下了甚至更高的纯度标准。③ 这些标准有利于谢林，而不利于它的极少的效率高的、价格可能更便宜的竞争者，而这些标准是不能轻易拒绝的。在制定第四版帝国药典（1900 年）的药典委员会中，霍尔茨不是惟一的定调人。工业界中的另一位代表、具有高度企业精神的路易斯·默克也加入其列。因为有关资料散失，我们并不知道他对确定检验标准起到什么样的影响。我们只能从这点来考察第四版药典，指出纯度标准没有提高——相反有一部分再次下降。大量“纯”试剂包括在内——这些试剂恰巧主要是默克公司生产的。

102 相反，工业界对第五版德国药典的检验程序的影响能够得到

① K. 苏梅尔：“Zur Kritik der Prüfungsmethoden der Pharmac. Germ. ed. Ⅱ”，*Archiv der Pharmazie*，第 222 期（1884 年），第 793—822 页。

②雷伯：前引书；H. 谢林茨：*Geschichte der Pharmazie*（柏林，1904 年），第 770 页。J. F. 霍尔茨是保障药品工业利益协会的创始成员。他是 E. 谢林的老朋友，与俄国药商和俄国药典的作者冯·特拉普也交谊甚厚。雷伯在书中写道：“霍尔茨对俄国药典（1891 年）规定的纯度标准有一定的影响。他自然关心药品是否达到谢林制剂的标准。从实际上看，他在这一点上也是成功的。”J. F. 霍尔茨 1892 年成为药典委员会的永久性成员。

③ 希克尔：*Arznei mittel-Standardisierung*，第 82、92—94 页。

证实，因为有关记录保存了下来。[①] 这一药典中对化学品的检验标准是由默克自己制定的；药物化学教授贝库茨扮演了次要角色，但是我不知道这两人在多大程度上意见一致。

如果一个历史学家想对已描述的发展作出判断，他必须记住药典的实际目的。它是要在以往和现在为医生和药剂师、以及直接为病人提供一种医药质量国家控制的权威标准。实际的发展违背了这一初衷。正如我们看到的，帝国卫生局和大学教授越来越把他们管理权威的角色丢给了必然是商业取向的工业界。

然而，不应忽视的是，对医药纯度要求有两个方面。一方面，它导致制造商在不影响产品价格的同时迫使自己改进生产过程。[②] 另一方面，由于生产成本提高，药品价格会不成比例地上涨。因为无人确切地知道成分不纯造成的生理损害作用的限度，所以纯度标准定得非常高。这种做法如果不加以阻止，工业界的代表们就可能为获得最大的边际效益而操纵纯度标准。

① 科布伦茨联邦档案馆,第 86 宗,第 1533 号,第 1 卷:“Liste der zur Aufnahme in das Arzneibuch für das Deutsch Reich, fünfte Ausgabe, Vorgesehenen Arzneimittle nebst Angabe der Referenten”, E. 施米特(马尔堡)和路易斯 · 默克谈到了含有植物提取素的一些制剂。根据这一名单，“医学化学研究用的试剂”本应由冯 · 克瑞尔、温特劳德和宾茨制作,但事实上,路易斯 · 默克负责了大部分的检验程序的制定工作。见科布伦茨联邦档案馆,第 86 宗,第 1533 号,第 1、2 卷。大公司的决定性影响引起较小的制造商抗议，因为他们觉得对其不利。参阅他们联合致 KGA 的信，科布伦茨联邦档案馆,第 86 宗,第 1533 号,1911 年 5 月。

② 希克尔： *Arzneimittle-Standardisierung*，第 93 页；E. 希克尔：“Die Pharmakopüe, ein Apothekerbuch?”, *Pharmazie unserer Zeit*，第 2 期(1973 年),第 1—8 页。

专利药品（“特色药”）

正如已经提到的，帝国卫生局还有第二个问题要处理，即特色药或专利药品的管理。1870 年工厂只生产有几十种专利药品，大多数通过商标得到保护，到 1914 年，它们的数量已达到 10000 多种。[①] 这一爆炸性增长提醒了帝国卫生局，它有责任采取必要的立法措施。此外，变得明显的是，有人企图通过销售的药品成分保密或甚至骗人的制品来轻易地赚钱。

随着经济发展，药品制造商的数目急剧增多，市场上合成药品泛滥成灾。正如上述已经提到的，医药物品供应带有正式登记的商标。这使得后来的厂商用不同的名称销售同一东西，或所谓的化学派生品，即专利药品。通过利用一切可能的制剂物品的化合，其中包括一些淘汰的药品，药品供应甚至更增加了。所谓的“秘密制剂”已部分地跨过了犯罪的门槛。实际上说的意思是，它们的成分当时虽然合法，但没有公布出来。的确，一些制造商宣扬他们的产品具有想像的成分和特点。[②] 正如弗肖芬指出，1889 年全民健

① E. 厄恩斯特试图得到有关特色药的更为精确的定义(“秘密工业制剂”“药物特产”“医学特产”),对此的讨论不在本文范围以内。参阅他的“Das‘industrielle’Geheimmittel und seine Werbung”(学位论文,马尔堡,1969 年)。KGA 认为，特色药和秘密制剂之间的界线不应划得过清。见 KGA 呈内务部报告,1908年 10月 23 日,科布伦茨联邦档案馆,第 86 宗,第 1585 号,第 6 卷。厄恩斯特因证实了甚至在 1914 年前广告在特色药市场上起到很大作用，而受到人们称赞。

② 一个典型例子是所谓的皮瑞诺尔事件。虽然那种产品是久为人知的普通化学药品的“溶合”，但制造商却给它一个名字和一个药品新配方。参阅 H. 汤姆斯:“Arzneimittelfabriktion in alter und neuer Zeit”,*Berichte der deutsch Pharmazeutischen Gesellschaft*,第 18 期(1909 年),第 369—393 页。

康保险计划的实行，使得人们有更多资金来购买药品，因而进一步促进了药品市场的繁荣。

药品市场中的欺诈行为后来被归咎于所谓的“洗涤公司”，但大公司知道如何通过它们自己的一些计策从经济繁荣中获益。于是霍奇斯特用明显不同的价格销售四种不同牌子的安替比林。正如它们的竞争者路易斯·默克后来证实的，所有四种制品价格不一，但成分相同。① 在制定第三版《帝国药典》时（1890 年），专利制剂的问题对帝国卫生局似乎无关紧要。它所关心的主要是把新的合成药品分为无毒药品或有毒药品。制造商竭力通过呈交临床报告来证明它们的无害性。② 然而，帝国卫生局根据参阅外国专门杂志，终于得出相反的结论。③ 这是第一次表示：帝国卫生局对制药工业采取批评态度。药品市场的混乱局面再也不能置之不管了。④

此外，代表药商和医生的几个团体各自抱怨当局，⑤ 因而促使

①在准备第四版帝国药典（1910 年）期间，路易斯·默克就这一问题写道：“霍奇斯特公司的行为无疑有利于他们拼命诱使药商购买价格昂贵的制剂，因而说明在医药制剂上贴上商标的做法是多么值得怀疑。”科布伦茨联邦档案馆，第 86 宗，第 1642 号，1900 年 5 月 4 日和 17 日致 KGA 的信。

②见本书第 129 页注释④。1896 年在德国医生年会上，第一次针对“医学研究报告为制造商作为销售伎俩而误用”通过了一项决议案。

③ 科布伦茨联邦档案馆，第 86 宗，第 1654 号：“Zusammenstellung der aus der Gesammt-Literatur bis zum Ende des Jahres 1889 entnommenen Notizen über die toxischen Wirkungen(Nebenwirkungen) des Antipyrin und Phenacetin”。

④ 当 KGA1902 年开始过问规定药品价格问题时，它对滥用（见注释）有了更深的认识。到那时为止，这还是各邦负责的一个问题。

⑤ 例如，德国药物协会致 KGA 的意见书（1900 年 11 月 29 日）普鲁士药商商会委员会致普鲁士宗教、教育和医疗事务部的意见书（1903 年 10 月 15 日）；德国反对医界欺诈行为协会致 KGA 的意见书（1905 年 7 月 4 日）。参阅厄恩斯特前引文，第 186—196 页。

帝国卫生局针对秘密药物制定出成文法规，这是由联邦议会于1903年颁布的。医生和药剂商立刻发现这一规定不够全面。因此,普鲁士药物商会要求KGA对所有新的专利药品和含有保密成分的药品进行定级分类，不管是无毒的还是毒性很强的。① 他们的理由是,1903年的法规只是对几乎马上要过时的禁药作了消极的登记。因为进行必要的药物学和临床试验所需费用过大，帝国卫生局没有答应这些要求。药商和医生则从制定针对含有保密成分的药品的1907年成文法规的补充条款的承诺中得到安慰。这将不但包括不许生产一系列含有保密成分的药品，而且还将禁止药品包装上对内容作虚假表述。

104 大学教授希斯和汤姆斯以重要协会（德国反对医学界欺骗行为协会 德国药品协会)主席的身份,早在1908年就已经指出了新法规的不足之处。② 由于所开禁单未能停止更多含有保密成分的药品在市场上泛滥，他们的批评也确有道理。他们还反对这个事实：专利药品的成分仍没有公开。此外，他们谴责仍然许可在专业期刊上做虚假广告的恶劣旧习，没有进行惩罚。一些药剂师和药品化学教研机构试图对这类制品的合成做一些分析，③ 但他们被

①这对药品柜台销售有影响，不管是在药店内或店外（根据所谓的1901年帝国法令），而且对处方药品的销售也有影响（根据药剂法令）。也可参阅U.梅内克：“Apothekenbindung und Freiverkäuflichkeit Von Arzneimitteln”（学位论文，马尔堡，1972年),第203—207页。

② 科布伦茨联邦档案馆,第86宗,第1585号,第6卷 汤姆斯 前引文。

③首先是柏林（汤姆斯）和布雷斯劳（加达默）的所有大学药物-化学教研机构和众多的药商，参阅《药剂师报》上的文章。也可见R.施米茨：*Die deutsch Pharmazeu-tisch-Chemischen Hochschulinstitute*（英格尔海姆,1969年),第38—43、83—86页。

药品泛滥所淹没，无从应付。① 希斯和汤姆斯要求建立药品检验的中央机构，这似乎是应当做的正确的事。一个由有关大学药物学和医学教师以及拜尔公司代表组成的预备委员会，1908 年 6 月 28 日聚在一起开会。② 它再次提出那些众所周知的要求，并请求帝国卫生局支持。筹划的中央机构是要为化验市场上已在销售的专利药品提供条件，以便清除欺骗性的药品说明。帝国卫生局在一次表态中欢迎这一计划，但认为无法实行。除法律纠纷外，帝国卫生局还担心工业界的愤怒会爆发为法律行动，并要求检验者赔偿损失。帝国卫生局相信，因缺乏一部'药品法'的支持，对着赞成贸易自由的工业界—国家伙伴关系，这项计划不可能成功。很明显，帝国卫生局认识到拥有这一法律的必要性。③ 要评定帝国卫生局对专利药品的态度，应该说它有预见，但缺乏有说服力的推动力。然而，这里必须考虑的是，在现有资料的基础上，外部影响的程度是不能充分论述清楚的。

草 本 制 剂

帝国卫生局必须处理的第三个、也是最后一个问题是极不相

① 1908 年公共卫生官员认为在流行的杂志如《Gartenlaube》上公开检验结果，是惟一可能和有效的反对专利药品欺骗行为的方法。参阅 O. 拉普蒙德编：*Das Preussische Medizinal-und Gesundheitswesen in den Jahren 1883—1908. Festschrift zur Feier des 25 jährigen Bestehen des Prussischen Medizinalbeamten-Vereins*（柏林，1908 年），第 463 页。

② 参加会议的有艾肯格伦（埃伯菲尔德）、赫弗特、希斯、库特纳、G. 伦霍夫（都来自柏林），龙尼茨（埃伯菲尔德）、施瓦布（柏林）、汤姆斯（斯特格利茨）。科布伦茨联邦档案馆，第 86 宗，第 1585 号，第 6 卷。

③ 见本书第 136 页注释②引用的报告。

同的。原始材料如此之多，因而毋庸置疑地证实了帝国卫生局受到的巨大影响。人们会对那时工业界如何老练地开展院外游说活动留下至深的印象。从表面上看，草本制剂的生产和控制似乎都用不着为法律活动花去书面资料记录的那么庞大的开支，但是有关方面很快认识到引起了一种更重要的情况。一般舆论认为，像软膏、硬膏、植物汁(药酒和香精)之类的草本制剂不适宜做分析检验，而它们的制作甚至在 1871 年后法律上仍由药剂商掌握。人们相信，这为这些制剂的正确限制和质量提供了惟一的保障。① 无疑，那时草本制剂所起的作用远比今天要大得多。②

105

自 19 世纪初起，草本制剂市场中就已存在一个“灰色”领域。正如已经提到的，只有药商有权制作药剂。但是工业界正在提供这些产品，而且也在药商中找到购买者。③ 1900 年后这一市场增长非常迅速，以至于帝国卫生局发现有必要理顺这一状况。1905 年帝国卫生局首次制定了药品零售收费的官方标准，大大促进了问题的解决。与此同时，越来越明显的是，工业生产者所定的草本制剂价格相差极大，而且这种商业也大大拓展了。

① 参阅 E.希克尔:“Die Auseinandersetzung deutscher Apotheker mit Problemen der Industrialisierung im 19. Jahrhundert”,*Pharmazeutische-Zeitung* 第 118 期(1973 年),第 1635—1644 页,第 119 期(1974 年),第 143—167、1837—1858 页。关于草本制剂,见施奈德前引书,第 281 页;希克尔:*Arzneimittel-Standardisierung*,第 116、157 页。

② 值得注意的是，尽管当时药典中关于草本制剂的用法说明极少，但他们在药店所占份额相当可观。有数以百种的这类药品供出售。

③ 1875 年以后，越来越多的药商把法律做出对自己有利的解释，因而从批发商那里购买药品。这实际上是与 KGA 的观点相反的。也可见科布伦茨联邦档案馆，第 86 宗,第 1585 号,第 1 卷(“Für die Registratur der Kaiserl、Gesundheitsamtes”,1879 年 3 月)。也可参阅梅内克前引文。

最初，帝国卫生局内部起草了一个法案，重申药商有义务负责制造大多数草本制剂。① 老论点又用上了。那就是在德国的许多邦里，无论如何药商有义务配制草本制剂，而零售价格的官方标准就是在这一基础上计算的。而且，只有这样，才能保证药品的合理配方和质量。② 早在 1909 年，帝国卫生局就在专业杂志上公布了有关该法案的意向。这立刻引起工业家们的抗议。为了扩大讨论基础，帝国卫生局召集了帝国卫生委员会的专家会议。这是一个 1901 年后与帝国卫生局有联系的荣誉顾问团体，由科学、工业和医界专家以及政府官员组成。很显然，帝国卫生局力图限制会议规模，因为该顾问团体成员之一的路易斯·默克最初没有受到邀请。在通过电报和电话抗议后，他最终得到邀请，但是帝国卫生局邀请了其他八位大工业家和一名小企业的代表，也许是为了对等。③

工业界试图利用 1 月和 5 月草案公布的那段时间，使局势转而对自己有利。它精心组织了一大批抗议信件，交到帝国卫生局和联邦议会。④ 首先是默克公司的一封信，泛泛地抗议把工业界排除在协商之外。接着，在里德尔公司致帝国卫生局的一封信中

① 一些用工业大规模生产无疑会更好些的草本制剂从一开始就被排除在外，例如苯胺汞膏。1907 年 8 月，霍尔茨和默克作为 KGA 的代表被邀请出席最初的会议。只有霍尔茨与会，但是默克后来抱怨说没有收到通知。

② 科布伦茨联邦档案馆，第 86 宗，第 1585 号，第 6 卷。

③ 代表大规模工业的有罗特根（里德尔，柏林）、鲍希（格赫，德累斯顿）、C. 迪特里希（赫尔芬堡）、P. 里德尔、科布纳（伯林格，曼海姆）、布伦南拉伯（罗斯托克）、威特（罗斯托克），以及保障药品工业利益协会的代表。代表小规模工业不同想法的是埃弗斯（靠近杜塞尔多夫的雷肖尔茨）。科布伦茨联邦档案馆，第 84 宗，第 1585 号，第 7 卷。

④ 科布伦茨联邦档案馆，第 86 宗，第 1585 号，第 7 卷——这里也有 KGA 的反对意见。

特别表明了工业界的观点。第一，草本制剂工业制造业为 15000 106 名蓝领工人和 5000 名白领工人提供了工作；①第二，只有以科学技能为后盾的工业界能够保证草本制剂的一贯质量②（言下之意药商是不能的）；③第三，大药店草本制剂生产的集中化不会受到欢迎，它将导致形成一种新的工业；④第四，药店配制药剂必然增加了收费标准；⑤第五，德国公司的出口贸易会受到阻碍；⑥第六，在战争动员的情况下，药店没有足够的存货。⑦

我们可以看到，工业界搬用科学、民族主义、利他主义甚至虚拟的竞争来支持其进步的理由，也没有过分注重细节。同一公司（里德尔）也致信负责立法的联邦议会，目的是要损害药商的声誉，并最有利地说明工业界的表现。这封信论证的关键就是坚持认为,虽然迄今政府对工业界的支持是'趋势和进步'的表现,而帝国卫生局的倡议则是"倒退的一步"。

1909 年 2 月,医药商人协会——其中有里德尔和其他一些商人——变得很活跃。它也双管齐下，对帝国卫生局和联邦议会都提出请求。除了已知的主张外，这些信件还包含以下的观点：在目

① 这些数字受到 KGA 质疑。

② 在草本制剂会议(1909 年 5 月 19 日）上药剂师们——特别是贝库兹教授——指出，不同公司提供的植物提取精华，尽管名称相同，实际上相差极大。 KGA 官员(安塞尔米诺、施米特、克尔普）驳斥了公司认为它们检验草本制剂的方法是足够准确的观点。

③ 据 KGA 所说，药剂师法令保证了他们有足够的资格从事草本制剂生产。

④ KGA 法案后面的意图是要进而排除生产集中化。

⑤ 据 KGA 所说，这是不正确的，因为现有收费已经把药店的制剂考虑进去了。

⑥ 尽管 KGA 一再要求，工业界的代表从未准备公布草本制剂的出口数字。

⑦ 在 1909 年 5 月 19 日的会议上，这一点受到军方 *Dberstabsapotheker* 代表德温的驳斥。

前的情况(即‘灰色市场’)下,没有出现任何令人担忧的问题;工业生产出来的药品比药店制造的要“好一些”;[①]帝国卫生局无视近五十到五十五年内从药店到工业产业的转变，因而是“倒退和愚昧的”。

1909 年 2 月，保护化学工业利益协会递交了一份备忘录，是这场运动的顶点。在备忘录中，先前大规模的争论由于威胁而加强了：国家负有法律责任因制定法令而产生的连续损失进行补偿。该组织不但挥动大棒，而且也拿出胡萝卜。因此，工业界准备雇用一些交情颇深的药商，并且像药店普遍实行的那样上交年度核算报告。[②]

必须提出的问题是，什么事情使得工业界走到这一步的？事情的先前性质已经介绍过。它最终涉及未来谁负责药品、尤其是药片贸易的问题。尽管这一时期药片销售已发展成为大的贸易，但德国药片制作法律上仍是药商的特权。如果工业界获准制造草本制剂，工业生产药片的专利大门也会敞开。事实上，保护药品工业利益协会 1909 年就开始要求准许把药片也交给批发商的活动。这取决于是否给予工业界自己检验药品的权力。[③]

①工业提供的一些药品药性较强，因为它们没有根据药典制定的细则来配制。这受到出席 1909 年 5 月 19 日会议的医学专家（克劳斯）的谴责，因为临床经验和治疗活动是要以帝国药典为基础的。浸膏和酊剂尤其如此，根据帝国药典必须通过浸解来配制，而工业上通常通过渗滤方法来生产。后一方法使药品更透净，而且大多数色彩更好，但也通常药性更大，因而更加危险。

② KGA 认为这有口惠而实不至的性质，因为根据自由贸易原则不可能实行这样的控制。

③ C. A. 冯·马蒂乌斯:“Reform der Gesetzgebung betreffend die zusammengepressten Arzneizubereitungen”, *Die Chemische Industrie*,第 32 期(1909 年),第 33—34 页。

在帝国卫生局召开的那次会议上，工业界的论点和帝国卫生局的相反论点都提了出来。[①] 科学家、医学界代表和卫生官员认为工业界的论点证据不足而不予接受后，会议开始投票。只有一个持不同意见者，那就是工业界的惟一代表路易斯·默克。[②]

1910 年 5 月，帝国卫生局向内务部呈交了一份关于草本制剂的最终报告。[③] 它再次强调药商有制作草本制剂的独有权利，除非工业界的经济利益反对这种特权。这一反对论点占优势，因而草案从未成为法律。这样工业界接收了药品控制的责任，为将来带来种种问题，这些问题不想在这里讨论。

那么，第二帝国期间帝国卫生局对工业界的态度是什么呢？是伙伴，还是对手？应该说两者都是。最初帝国卫生局倾向于帮助工业界。后来，在工业增长期间，面对明显的失败，它变得特别谨慎。当然下层官员并不总是与负责帝国卫生局的那些人保持一致。前者可能仍持反对态度，而后者则必须考虑政治利益。他们都必须屈服于国家政府“更高的”观点，在这里意思是要使工业界的经济和政治力量并列起来。

① 科布伦茨联邦档案馆，第 86 宗，第 1585 号，第 7 卷。1909 年 5 月 19 日会议记录和 1910 年 5 月 25 日 KGA 呈交内务部的（由施米特和克尔普写作的）最终报告。

② 有权投票的有帝国卫生理事会的成员贝库兹和保罗（药物教授）、克劳斯（医学教授）、药剂商（萨尔茨曼和施韦辛格）、工业家路易斯·默克以及几位医疗官员。引人注目地未出席 1909 年 5 月 19 日会议的有帝国卫生理事会的其他成员，即 A. 梅耶教授和 E. 施米特教授、药剂师 V 皮弗林、布伦南格拉伯和威特（后两人作为工业界的代表受到邀请）。

③ 为草案能在第五版帝国药典（1911 年 1 月 1 日）公布的同时及时生效。

注 释

这是原先用德语发表的一篇论文的英译稿，略有删节和修改。该文是“Das Kaiserliche Gesundheitsamt und die chemische Industrie im Zweiten Kaiserreich(1871—1914): Partner oder Kontrahenten?”, G. 曼和 R. 怀诺编:*Medizin, Naturwissenschaft, Tecknik und das Zweite Kaiserreich*(哥廷根,1977 年),第 64—86 页。

第六章

从万能止痛剂到异常行为的标志：1890 年到 1940 年美国医生对鸦片制剂的态度

卡罗琳 · 琼 · 阿克

虽然鸦片制剂属于人类已知最古老的药物之列，但它们继续闪烁着智力活动中的新发现。虽然他们对药物学研究尖锐的一端保持着兴趣，但鸦片制剂继续为无法克服的社会问题所困扰。本文探讨从 1890 年前后到 1940 年医生对鸦片制剂的态度。作为这一时期把医学改造成强大自我管理职业的努力的一部分，美国医生极力加强其对给予病人药品的控制。 19 世纪晚期，不受控制的美国药品市场造成危害之大，促使医学界内外的改革者起而采取行动。因鸦片制剂在专利药品中的普遍采用，在治疗中所处的中心地位，与缓解症状结合而不是与治疗药物结合，以及引起上瘾带来的风险，它们便成了人们关注的目标。为对这些方面进行评价，我将考察两类原始资料：第一，例出美国医学协会的行动，来说明在公众努力改造医学和消除医疗致瘾指责上鸦片制剂的作用；第二，在医学界内，更多的人对医疗活动中鸦片制剂的担忧，可以通

过相关医学和药物学手册及治疗学教科书看出来。

公共场所的鸦片制剂

到 1900 年，为医学作新的解释的依据的基础已被揭示。这些包括解释细菌是导致肺结核这类疾病的原因，免除传统做法的发展来防止一些疾病的免疫方法，以及开发出治疗其他疾病的血清。医生和公共卫生工作者拥有了与疾病作斗争新的强有力的工具，这些工具增强了这两种人以卫生的名义领导社会变革的权威。①

医学教育按照德国以实验室为基础的教学方针进行改革，以提高医疗业务的质量和清除不合标准的医学院。② 尽管从 19 世纪 70 年代起就有了改革提议，③但大规模的机构重组却发生在 1900 年以后。1901 年美国医学协会进行了改组，并在公共教育和为私人开业医生的利益游说上开展了广泛积极的活动。④ 115

在药品方面，美国医学协会的活动可以看出有三个目标。一是根据现代的、科学的方针来改善治疗剂。第二个目标是加强对拿到药品的人医疗上的控制。要做到这一点，不是通过市场的经济控制，而是通过提高医生的权威决定在什么情况下用什么药品。

①关于作为美国新的职业中产阶级崛起典型的医学和公共卫生的兴起，见罗伯特·H. 韦伯:《寻找秩序:1877—1920 年》(纽约,1967 年)。

② 关于美国医学教育的转变，见肯尼思·M. 卢德默尔：《学会治愈：美国医学教育发展》(纽约,1985 年)，以及威廉·G. 罗思坦：《美国医学学院和医学实践》(纽约，1987 年)。

③ 见莫里斯·沃格尔:《现代医院的创建》(芝加哥,1980 年),关于按照德国模式改革哈佛医学院早期提议的论述。

④关于美国医学协会的政治活动，见詹姆斯·G. 布罗：《美国医学协会：美国医学之声》(巴尔的摩,1963 年)。

最后，疏忽大意或唯利是图的医生的开药治疗必须受到控制。鸦片制剂是所有这三个方面目标的核心问题。

19 世纪后期的科学发现使许多医生对疾病的传统解释提出挑战，并希望出现比已知那些药品更有效的药品。在德国开拓的药品的新方法提供了药品保证，即它能够消除各种疾病的病因。① 保罗·埃里希的洒尔佛散是从一种从砷中提取出的治疗梅毒的新药，它被理想化地描述成一种有魔力的弹丸，即这种药品能发生一种单一的、特别的和有针对性的作用。

新疾病的解释和新药品的可能性造成的冲击在 1915 年美国医学协会药物暨化学委员会的一份报告中详细地说明了。该组织建于 1905 年，目的是要揭露有害或无用药品供应商，检验和通过有用的新药。② 这份报告的作者写道：“四十年前，医学界状况基本上与西德纳姆时期一样。我们有几种重要的治疗药剂，它们的用途是通过经验获知的……对疾病的真正性质……认识甚少。”③ 旧式治疗学的一个明显特征是把同一种药品用于一大堆病症。的确，对许多理解很差的病情来说，“药典中的大多药品都可有益地使用。”④ 洒尔佛散是新药物的典型，但不幸的是，只有极少的药品能够根据病因有效地治疗疾病。新的进展将很艰难，因为“埃里希

①《德国制药工业中实验室方法的发展》，见佐尔格·迈耶-瑟洛：《发明的工业化：德国化学工业的一个个案研究》，载《阿以西斯》，第 73 期（1982 年），第 363—381 页。

② 美国医学协会《1846—1958 年官方活动摘要》（芝加哥：美国医学协会，1958 年），第 183 页。

③ W. T. 康斯尔曼、W. W. 格兰特和 M. L. 哈里斯：《关于药物暨化学委员会的特别报告》，载《美国医学协会公报》，第 10 期（1915 年 5 月 15 日），第 338 页。

④ 同上，第 331 页。

在达到目标前似乎至少失败了 605 次”,①但是药物学教育和实验室设施的不断改进有望加快新药品的出现。药品暨化学委员会的一个重要职能是检验新开发的药品。它所批准的那些药品每年列入《新出和非正式药品》，这是在收入美国药典之前把有用新药向医生们公布的多卷出版物。

116

美国医学协会对药品发展的信念是建立在几乎一个世纪工作的基础上的，这一工作开始于 1817 年塞尔图纳对吗啡作用的分析。药物学上有特效的物质的提纯分离，使制作和审核药品的科学和定量方法成为可能。② 在这一研究传统中，生理反应是与反应快的分子联结在一起的。剂量能够得到精密的控制，特定剂量的反应也受到控制。在学术界和工业界，主要在德国，化学家学会了如何改变分子结构，使产生一长串类似但略有不同的分子。那时药物学家就能够检验每种药品的毒性和治疗效果。通过这种费力的方式，埃里希研究出一种比任何已知的药品更有效的治疗梅毒的药品，尽管仍有不令人满意的副作用。

在为改变和检验而寻找有效的分子过程中，传统药品得到重新分析。吗啡和可待因是最早离析出来的生物碱，而且都促成了很有效的半合成药品。通过这种方式，新的解释模式被用于分析传统的药品。因为生物碱是从植物材料的化学基质中提取出来的，它的功效和用途的重新定义是：不是调节体液间的系统平衡，而是在某种特定的疾病下针对特定的器官或组织，并且理想地起到单一有效的作用。药品发展的目的是逐步缩减令人不快的作

① W.T. 康斯尔曼、W.W. 格兰特和 M.L. 哈里斯：《关于药物暨化学委员会的特别报告》,载《美国医学协会公报》,第 10 期(1915 年 5 月 15 日),第 335 页。

② 约翰 ·帕拉斯坎多拉:《药物学历史反思》,载《历史上的药物》,第 22 期(1980 年),第 131—140 页。

用，单独突出想要得到的作用，达到药品和作用之间的一一对应，通过剂量滴定甚至可以更精确地做到这一点。

到 1900 年，大量的论著反映出对化学药品如何改变生理过程的认识越来越深。尽管如此，药品开发方法的特点是试验和失误，正如埃里希详尽无遗所探求的例子那样。新药品意义重大，因为它们比流行药品显得比较有利。然而不管魔力弹丸的前景多么广阔，现实情况是，新药品投入使用，是因为它们多少比现有药品更有益，或多少不太有毒。

20 世纪最初 20 年的开业医生承认，医学上的科学革命几乎没有产生新的治疗可能性。尽管如此，医生们通过要求一种权威的科学基础，设法重新界定他们与病人的社会关系。在鸦片制剂方面，医生们面临几个问题。在不受控制的美国市场上，许多含有鸦片和吗啡的制剂被自由出售。在 1900 年，不存在对这些药品的成分或甚至商标和广告说明作出规定的法律。病人面对着一大堆过高的要求，其中一些借用了科学的语言。情愿自己给他（她）自己治病，或太穷无力请医生看病。传染病是由病菌引起的吗？威廉·拉达姆的细菌杀手通过杀死细菌来治好所有的疾病。镭在癌症治疗中有用吗？鲁珀特·韦尔斯的雷多尔声称拥有镭并能治疗癌症。还有无数的制剂宣称能治疗吸麻醉品成瘾。①

117

除了无所顾忌的药贩提供新的来源外，药品开发也增加了使用鸦片制剂上瘾的危险。纯生物碱和皮下注射器，有可能使最高效的剂量比口服鸦片更快走上成瘾之路。吸毒成了被确认的与鸦

① 关于这一时期密方和专利药品的销售，见詹姆斯·哈维·杨：《医学弥赛亚：20 世纪美国卫生庸医行为社会史》（普林斯顿，1967 年）。

片制剂有关的一个问题，不管这种鸦片制剂是自己弄到的还是医生开给的。医学界和一般公众都认为，医生过多地开给鸦片制剂是致瘾的主要原因。①

在这一背景下，1905 年 10 月 7 日，塞缪尔·霍普金斯·亚当斯第一篇揭露专利药品贸易弊病的抨击文章，出现在《科利尔》杂志上。② 这些搜集并揭发丑事的人的文艺的典范之作描述了无所顾忌的庸医如何通过诡辩、谎言和欺骗来愚弄病人。商标进行夸大和虚假的宣传，它们所说的药品似乎能轻易治好最顽固的疾病。它们对瓶子或药粉盒子里的东西撒谎。亚当斯描述了假药贩子如何通过新闻界来保证他们对容易上当的公众获得成功的秘密方法。通常的做法是为做广告者在与报纸签订的合同中包括这样一项条款，规定如果任何法律被通过，使做广告的制剂销售不合法，那么合同将被取消。报纸编辑如果敢于支持控制药品销售的法案，他们将会冒险失掉大笔收入。

像许多进步的改革者一样，亚当斯相信，如果公民了解情况，将会为自己的利益采取适当的行动；他的建议是对欺骗潜在购买

① 关于医生主要对上瘾负责的著名观点，见查尔斯·E.特里和米尔德里德·佩伦斯：《鸦片问题》(纽约 社会卫生局，1928 年)，第 3 章。在洛克菲勒资助、社会卫生局支持的一个项目里，特里和佩伦斯考察了从 19 世纪 70 年代到 20 世纪 20 年代大西洋两岸医生和科学家关于鸦片制剂成瘾的著述。他们的工作仍是这一现象科学观点的重要权威资料。也可见戴维·穆斯托《美国病：麻醉品控制的起源》(纽黑文，1973 年)，第 93—98 页。穆斯托在控制出售鸦片制剂立法的通过上同样是必不可少的。

② 这个系列包括五篇文章，总的题目是《美国大骗局》：“第一部分”，《科利尔》(1905年 10 月 7 日)，第 14—15、29 页；“第二部分 佩鲁纳和兴奋剂”，《科利尔》(1905 年 10 月 28 日)，第 17—19 页；“第三部分 酒类”，《科利尔》(1905 年 11 月 18 日)，第 20—21 页；“第四部分 微妙的毒药”，《科利尔》(1905年 12 月 2 日)，第 16—18 页；“第五部分 捕食不治之症”，《科利尔》(1906 年 1 月 13 日)，第 18—20 页。

者的广告和商标进行管理。但他也对容易上当的个人和知道事实后能够作出明智决定的个人做出细致的区分。他说："有知识的人对广告说得天花乱坠的万应灵药（如 Liquozone Peruna)的用途大多不相信。然而，有些万应灵药，也通过快速欺骗的手法传到有思考能力的阶层中。①这些制剂的商标没有说明含有鸦片。亚当斯称这些是"所有假药中最危险的，不仅是在直接效果上，而且因为它们造成了习惯性的嗜好，有时不突出，很难治疗，但令人可悲的是大多数通常很明显。②鸦片制剂因此是特别诱人而有毒瘾的，因为它们甚至使有知识的人们保护自己成为不可能，使他们丧失了作为有头脑的公民主要手段的判断力。亚当斯认为，揭示事情的真相将有效地解决这一问题，国会最终赞成他的观点，并于 1906 年通过纯食品和药品法。美国医学协会于前一年对这个立法表示支持。③关于药品，该法律要求，内含的某些物质，包括鸦片制剂，必须在商标上明确标出。消费者然后可以在了解的基础上来选择。然而，该法令的通过不足以解决这一问题。政府起诉违法嫌疑人的努力遇到内行的法律辩护，从市场上消除有误的商标和不安全的药品延续了几十年。④

对美国医生来说，不但从知识的基础上，而且从社会权威和伦理基础上，药品直接售给公众很成问题。有组织的药物正在发展为一种新的科学的类别。这一任务包括许多挑战。对抗疗法的正统性已受到监视，而许多非正规行医者、即日渐为人注意的冒牌医生

① 亚当斯"微妙的毒药",第 16 页。
② 同上。
③ 美国医学协会:《官方活动摘要》,第 183 页。
④ 杨:《医学弥赛亚》。

必须从这一领域清除出去。为了消除与滥用药品联系在一起的问题，也为了鼓励公众从医生那里得到看护而不是自我治疗，必须减少通过不受控制的药品销售而出现的自我用药行为。医生竭力使其提供服务的渠道畅通，决定他们对开药和其他治疗的垄断要到什么程度。他们采取行动清除冒牌医生，消除医疗界中的欺骗现象。最后,他们在医生和病人间建立起一种新的、有说服力的、确定的关系。这一过程意味着要放弃正受新的科学医学怀疑的传统药品，并对那些必须保留的药品的作用重作定义。后一类中就包括鸦片制剂。

在本世纪早期年代，由于起领导作用的医生们竭力改革他们的事业和提高医学界的名声，就注意进步党人的意见。公共卫生工作者的胜利对公众思想影响突出。对这些专业人士来说，改变不卫生行为的需要是显而易见的，而公共关系和宣传运动就是要改进家庭和个人习惯上的卫生状况。在第一次世界大战前的时期里，美国医学协会与公共卫生的支持者联合起来，开展了他们的有声有色的运动。它以书的形式重印了亚当斯的文章《美国大骗局》，发行了数千册。药品暨化学委员会对几百种专利药品进行化学分析，把结果发表在《美国医学协会杂志》上，并集成多卷本的《万应灵药和庸医行为》。①

这个多卷本反映出医生们为何极力破坏某些种类的主张和建立其他权威的辞藻华丽的打算。一个目的是要用针对病因的特定药品的最新观点，来取代药品能系统地治疗不同疾病的旧观点。另一个目的是根据现有知识状况确定医生的权限，同时坚持未来

① 美国医学协会:《密方和庸医行为》,第 1 卷,第 2 版（芝加哥：美国医学协会出版社,1912 年）阿瑟 · J. 克兰普编:《密方和庸医行为》,第 2 卷（芝加哥：美国医学协会出版社,1921 年）。

的进步可能带来更大的权力。第三个目的是要重新定位有关疾病及其治疗的权威，要从病人的个人经验转到实验室和医生办公室。特别的目标包括宣称“包治百病”(从癌症到传染病）的药品，许诺能治疗还根本不存在治疗方法的疾病如肺结核的药品，成分保密的药品，以及病人肯定药品的证据。

万应灵药贩子的一个标准的广告计谋，是让一位亲身感受过一种制剂治愈功效的心怀感激的病人提供证据。潜在的新顾客会根据证言中列出的症状认出自己的疾病，并从药品会减轻和治愈疾病的故事中得到希望。早在 1886 年，美国医学协会瞄准了病人的证词，认为那是非科学的，与治疗过程无关。① 在《万应灵药和庸医行为》中,对病人证言最通常的驳斥是‘实验室报告”,这对美国医学协会活动家来说像是最终手段的法庭。代表万应灵药的高尚要求一一列出，很少证明被引用，然后实验室分析的导致定罪的资料展现出来。药品表明含有商标上没有列出的化学成分，或者没有商标声称含有的成分。这说明，商标所列成分与要医治的疾病毫无关系。这些成分可能是无用的，或者它们可能会加速病情的恶化。在使用麻醉剂成瘾的例子中，实验室证据尤其令人吃惊：专治成瘾的药品实际上本身就含有大量成瘾的物质。

使实验室发现抗衡个人治愈声明的结果，是要用非个人的自然力量结果的疾病观代替个人和道德危机的疾病观。新的疾病的细菌原型使个人离开了描述的中心。病菌有它自己的自然生命过程，而病人最多是一个为生命两面作战的战斗者。② 使真善科学

120

①美国医学协会：《官方活动摘要》，第 181 页。

② 例如，见巴巴拉·古特曼·罗森克兰茨:《公共卫生和国家马萨诸塞州改变中的观点,1852—1936 年》(坎布里奇,马萨诸塞州,1972 年),第 116 页。

与假恶科学分开很有必要。要求应该缩小：没有一种药能治百病，但是单个的药品通过在狭窄地限定的作用部位内起作用，可以治特定的、单个的疾病。

当病人面对疾病时，这些基本目标是美国医学协会关于病人观点的模糊不清，因为病人作为有知识的公民要作出选择。在预防方面，公民的决定性作用在药物暨化学委员会 1915 年的报告里得到认可"：因为很明显,只有通过与业外人士的明智合作,防病所必需的措施才能成功实施，本协会已在积极推动业外人士的医学教育"。[①] 然而，当疾病袭来时，病人应有足够的知识辨别出庸医和万灵药生产商的虚假宣传，而且也应该认识到他们没有诊断，解释和治疗自己疾病的能力。病人应该具有中产阶级的人的美德，能够发觉迷信和欺骗行为，同时信任专家来解决有关的技术问题。简单地说,当遇上疾病时,病人应相当明智,知道他或她不知道的事。

万应灵药问题不可避免地使医生进入药品作为商品买卖的商业世界。在战前时期，制药公司和大学研究实验室之间的密切联系尚不存在。[②] 美国医学协会竭力清理药品市场，加强对仍未受商业利益影响的药品销售的控制。 1884 年，该协会成立以来首次反对医生支持做广告的药品。[③] 一项控制渠道是通过《美国医学协会杂志》的广告政策，这日后可能是其他杂志的一个榜样。 1894 年,美国医学协会规定,《美国医学协会杂志》不应接受任何药品广告，除非它提供了关于成分的全面定性定量说明。[④] 1906 年,该协

① 康斯尔曼等人:《特别报告》,第 331 页。
② 约翰·P. 斯旺:《学院科学家和制药工业》(巴尔的摩,1988 年)。
③ 美国医学协会:《官方活动摘要》,第 180—181 页。
④ 同上,第 182 页。

会支持《美国医学协会杂志》接受经药物暨化学委员会通过的药品广告，并且鼓励其成员支持实行类似开明广告政策的其他杂志。① 1915 年一项更为严厉的决议敦促成员们不要支持未经药物暨化学委员会许可就给药物做广告的杂志。②

121 这些行动许多是涉及总的药品的，但是正如已经指出的，鸦片制剂在 1906 年的纯食品和药品立法中起了突出作用。对鸦片制剂的主要担心是其引起上瘾的可能性，而且公众和医学界对上瘾的态度在这一时期发生了转变。上瘾者一般被描绘成可怜的人，染上了一种恶习，通常不是因为他们自己的过错，但也有少数人认为上瘾者有一些道德或生理倾向，从而使他们在接触到鸦片制剂时容易成瘾。鸦片制剂上瘾的受害者可能是妇女，而不是男子，她们可能是中年人，而不是年轻人，而且他们是来自全国各地。③ 大多数观察家都一致认为，他们问题的来源是医生。当医生开给鸦片制剂（通常是吗啡）的疗程超过几星期或更长时间，用药习惯就开始了（鸦片制剂上瘾也是自我用药造成的一种危害，但是纯食品和药品法对商标的规定以及此后的公众教育对这方面的情况进行了干预）。过分自由地给病人开鸦片制剂不仅象征着旧式的治标医学；它还有严重的药物致病后果。因为医学界不断声称要成为自我监督的行业，造成鸦片制剂上瘾的名声必须洗净。到 1910 年，美国医生在药方中开出的鸦片制剂比前几十年要少。④ 尽管

①美国医学协会：《官方活动摘要》，第 184 页。

② 同上,第 187 页。

③ 关于本文涉及这一时期鸦片制剂上瘾人口统计的变化，见戴维·T. 考特赖特：《黑暗天堂：1940 年前美国鸦片剂瘾》（坎布里奇，马萨诸塞州，1982 年）。

④ 同上，第 52 页。

如此，与药品致瘾有关系的污名仍然存在。

鸦片制剂上瘾治疗和性病治疗一样难以捉摸。病人通常对病很难为情，特别容易相信庸医的通过私下购买万应灵药立刻治愈的承诺。正如药品和化学委员会证实的，这些制剂中许多含有鸦片制剂。尽管有一些国家酒醉医院治疗酗酒者和吸毒者，但更常见的是美国医学协会以怀疑眼光看待的私人机构。它们的所有者利用病人不愿公开的愿望。他们从医生那里搞到转诊介绍，强调吸毒上瘾是一种病。像保密万应灵药的商贩一样，他们对其提供的药剂细节通常含糊其辞或一言不发。① 对于品行高尚的医生来说，把鸦片制剂成瘾看做一种病是与值得怀疑的医疗活动结合在一起的；不过有人需要这些转诊介绍，可能甚至连自己不愿治疗上瘾者的医生也是乐意为之的。

1914 年，国会通过《哈里森麻醉剂法》。这项立法禁止出售鸦片制剂和可卡因，除非有医生开的处方并由药剂师配药。它规定，医生和药剂师记下的所有鸦片制剂和可卡因的药方，要把它们交到财政部。《哈里森法》是第一个禁止公开出售任何毒品的美国法律。通过这项立法的动力是来自国际的考虑：美国改革者和外交官正在敦促其他国家在其自己的边界内控制鸦片贸易，而这时美国却没有任何这类控制。② 对于 20 世纪头一个 10 年的美国医学协会来说，把鸦片制剂进口限制在医学目的所需的数量内和给予医生对获得毒品者的控制权，成了一项可取的政策；该机构对此结

122

①描述治疗上瘾的药品和机构的通信和宣传资料的例子，可以见《美国医学协会历史卫生骗局和替代医学收藏品》，美国医学协会档案，芝加哥，第 3 卷，第 0823 箱，第 04 夹 第 0517 箱，第 09 夹。这里引用的是美国医学协会卫生骗局档案。

②穆斯托：《美国病》。

果于 1912年通过了一个决议。①

《哈里森法》的通过使得关于鸦片制剂的强调转向医学界内。尽管《哈里森法》允许少量的鸦片制剂(特别是可待因)列为无需处方可以出售的药品，但是总的来说，公众得到保护，不再不加区分地服下自由出售的万应药中的鸦片制剂。医生的任务现在是遵守新的规定，改进其开方工作，避免对过分随意地开鸦片制剂的指责。② 1931 年，美国医学协会出版了《麻醉剂必用法》。这是与全国研究理事会合作编写的一本书，其中包括让医生如何开出鸦片制剂而又防止公众批评的指导。③ 该书今天仍然有效。④

1919 年最高法院的两项决定对《哈里森法》作了重要补充。最高法院规定，给一个上瘾者开鸦片制剂以便维持瘾头，这种方式是越出正常职业要求的界线的；这类开药因而违反了《哈里森法》。规定宣布戒毒是治疗上瘾者惟一适当的治疗目标。几个城市已建立公共诊所，来护理许多因《哈里森法》实施而被突然剥夺了合法毒品来源的瘾君子。但是财政部在 20 年代初关闭了这些诊所。⑤公共卫生署从 20 年代初就对鸦片制剂上瘾进行广泛的研究，它反对任何形式的流动或诊所对上瘾的治疗。

①美国医学协会：《官方活动摘要》，第 501 页。

②关于州医学协会努力把法律规定变成医生的具体指导原则的例子，见科尼利厄斯·F. 科林斯:《法律和麻醉品上瘾者》,载《长岛医学杂志》,第 13 期(1919 年),第 272—279 页；罗亚尔·S. 科普兰：《卫生部门的态度》，载《长岛医学杂志》，第 13 期(1919 年),第 269—272 页 萨拉·格雷厄姆-马尔霍尔:《纽约州麻醉品委员会》,载《长岛医学杂志》,第 13 期(1919年),第 279—284页 本杰明·A.马修斯:《受到〈哈里森法案〉影响的医学活动》,载《长岛医学杂志》,第 13 期(1919 年),第 284—295 年。

③ 诸多作者著：《麻醉剂必要的使用法》（芝加哥，美国医学协会，1931 年）。

④ 例如,见《刺激神经药品杂志》,第 23 期(1991 年 11—12 月),第 4 页。

⑤穆斯托：《美国病》。

美国医学协会对《哈里森法》的反应表明药品致瘾问题对医生来说关系多么重大，以及美国医生多么希望避开作为病人的吸毒者。[①] 20 年代，医生行使着美国历史上没有先例的权力。对立的医学派别如顺势疗法实际上已被排除出这一领域，被削弱到无力形成威胁，或被吸收进对抗疗法中。医生要求职业化的基础是医生—病人关系的神圣性；美国医学协会令人嫉妒地保护着医生决定医疗活动范围和性质的独享权力。不过当最高法院擅自对鸦片制剂上瘾定义恰当的和不恰当的治疗时，美国医学协会没有挑战这一决定。 123

美国医学协会谨慎地监督《哈里森法》在医生中的实施,强烈反对某些条款,也强烈反对 20 年代修订该法的一些立法尝试。例如，允许不受限制地出售含有少量鸦片制剂的药品这一特殊豁免，被认为是屈服于惟利是图的专利药品界利益。[②] 然而，在治疗成瘾者方面，美国医学协会大体同意实行 1919 年最高法院的决定。它强烈抗议因对《哈里森法》技术上细微的违反行为就给医生定罪,但它在 1919 年和 1924 年通过决议，支持禁止流动治疗吸毒者的政策。[③]

在《哈里森法》颁布以后的风气里，吸毒的人口和对待吸毒者的态度都在发生转变。甚至在《哈里森法》通过以前，药物致瘾论已经开始衰落，新类型的吸毒者正在出现：一个来自城市贫民窟的年轻人开始吸毒，他不是因为有病，而是为了寻求刺激。[④] 到美国征募其年轻人到欧洲战争中作战时，这一类型的人得到治疗吸毒

①也见《美国病》，第 82—85 页。

② 阿瑟 · J. 克兰普（美国医学协会调查局局长）1918 年 5 月 10 日致 J. 马克斯的信 克兰普 1918 年 8 月 27 日致本杰明 · 佩里的信。两信都收在美国医学协会卫生骗局档案,第 0302 箱,第 03 夹。

③美国医学协会:《官方活动摘要》,第 502—503 页。

④考特赖特：《黑色天堂》。

者的医生、特别是在公共治疗场所工作的医生的公认。[①] 通过对于吸毒上瘾的一种精神病解释的详尽阐述，鸦片制剂和鸦片上瘾日益与社会混乱的威胁紧密地联系在一起。吸毒者成为一种双重威胁。首先，他是一种精神神经上有缺陷的人格类型，不能适当地调整到人们期望的社会角色上去。其次，一旦吸毒成瘾，他就丧失了所有的道德意识，基本上处在文明或人道努力的范围之外。[②]

这一新类型的吸毒者对医生来说既是一个威胁，也是一个机会。一方面，他是不受限制出售鸦片制剂造成危险的象征。另一方面，追求刺激的吸毒者在黑市上购买毒品，这提供了一种不把医生牵连为上瘾原因的类型。随着对这类吸毒者的关注增多，这种观点也日渐盛行，即吸毒者不是一个正常的人，他陷入一种可怕物质的掌握之中不能自拔。更确切地说，他是一个精神上有病的人，当碰上鸦片制剂时，特别容易上瘾。正常的人使用鸦片制剂感觉不到任何快感，但注定要成为瘾君子的精神病类型的人从中感觉到一种特别的快乐。吸毒者现在可以分成两类。“意外”吸毒者是那些因治病服用鸦片制剂而上瘾的正常人。他们在停服毒品后很

①这一类型在甄别第一次世界大战参战者的精神病医生的诊断记录中得到很好的描述。见皮尔斯·贝利、弗兰克伍德·E.威廉斯和保罗·O.科莫拉：“在美国”，《世界大战中美军的医疗部门》第10卷《神经精神病学》（华盛顿：美国军医总监办公室，1929年）。

②这种观点与吸毒成瘾的生理学解释和直到20世纪20年代的关于吸毒者的更为人情味的观点是相对立的。由于一位公共卫生署精神病学家劳伦斯·科尔伯的作品，它得到加强，并成为官方强调的观点和占主导的科学模式。科尔伯的观点见于1925年发表的一系列论文：《麻醉剂上瘾带来的快乐和堕落》，载《心理卫生》，第9期(1925年)，第699—724页；“智力和吸毒成瘾病因的关系”，《美国精神病学杂志》，第5期(1925年)，第163—167页；《吸毒成瘾的典型和特点》，载《心理卫生》，第9期(1925年)，第300—313页。

快恢复。“有恶习的吸毒者”或精神病吸毒者实际上刻意寻找毒品，对他们来说，治愈的希望的确渺茫。

美国医学协会挑战国会企图确定医疗活动范围的失败，表明必须清除医学界本身那些可疑的开业者，比必须防止外行的权威进入擅自确定医疗活动的某些方面感到更迫切。美国医学协会支持逮捕和审判主要为赚取费用而出售含鸦片制剂处方的医生和本人吸食鸦片制剂上瘾的医生。从大约 1928 年起,美国医学协会、国家医疗发证机构和联邦麻醉剂司法机关之间的一个信息网络，定期发布被判定违反《哈里森法》的医生名单,以致取消执照和把违反者名字公布在《美国医学协会杂志》上，防止他们重操医业。① 医学界解除在鸦片制剂上瘾问题上的责任直到 1940 年才告完成,这年美国医学协会一份对业外人士质询的例行答复中包括如下的说明：

我们不能赞同你认为的吸毒者和吸毒问题没有得到适当对待的观点。《哈里森法》未能解决这一状况,其重要的一点不是因为医学界的缺点，而更准确的是因为吸毒上瘾心理学和病理学特点的独特性。②

作为药品的鸦片制剂

1895 年,塞缪尔 · 波特在其教材《药物学、药物和治疗》中说，

① 霍尔曼 · 泰勒致威廉 • C. 伍德沃德的信,1928 年 1月 21 日,美国医学协会卫生骗局档案,第 0321 箱,第 09 夹。这部分档案包含从 20 世纪 20 年代晚期到 60 年代早期的几箱这类通信。

②美国医学协会致凯瑟琳 • H. 格里格斯的信,1940 年 1 月 8 日,美国医学协会卫生骗局档案,第 0321 箱,第 12 夹。

“药物学中可能没有任何药品像鸦片一样有用，或者使用得如此广泛。与此同时，因为限制其作用和使用的各方面影响，没有任何药品需要像鸦片一样慎重对待。”鸦片制剂作为药品逐渐成为问题，可从 19 世纪 90 年代到 20 世纪 30 年代美国出版的药物学教材和治疗剂著作中看出。① 在这些书中，医生们彼此说的不是其职业的全面状况，而是医疗活动中出现的具体问题。

在整个这一时期，鸦片制剂对医疗活动极其重要。 19 世纪 90

125 年代，据说鸦片“在治疗所有各种病痛中既有效又方便”，②并且在

① 可参阅下列著作（按所引每位作者第一版的时间先后顺序列出）：罗伯茨 • 巴塞洛:《药物学暨治疗学实践论》,第七版(纽约,1890 年);《药物学暨治疗学实践论》,第十二版（纽约,1906 年）;H. C. 伍德:《治疗学 理论和实践》,第七版(费城,1890 年);霍雷肖 • C. 伍德和小霍雷肖 • C. 伍德：《治疗学：其理论和实践》，第十三版（费城,1906 年);约翰 • V. 休梅克:《物质、医药学和治疗学》的第 2 卷《物质医药药学、药物学和治疗学》(费城,1891 年);《物质药理学和治疗学实践治疗》,第六版(费城,1906 年);塞缪尔 • O • L. 波特:《物质医疗学、药理学和治疗学手册》,第五版(费城,1895 年);同上,《治疗学、物质医疗学和制药学》,第十一版(费城,1909 年)同上,《治疗学、物质医疗学和配药学》,第十三版(费城,1917 年）;W. 海尔 • 怀特:《物质医疗学 配药学、药理学和治疗学》,美国第四版(费城,1899 年)乔治 • 弗兰克 • 布特勒:《物质医疗学、治疗学和药理学教材》,第三版(费城,1900 年)同上,《物质医疗学、药理学和治疗学教材》,第六版（费城,1908 年)威廉 • 施利夫：《物质医疗学、治疗药物学和药物配制学》，第三版(费城,1907 年);雷诺 • 韦伯 • 威尔科克斯：《物质医疗学和治疗学》，第八版（费城,1913 年)同上,《物质医疗学和治疗学》,第十二版(费城,1929 年)沃尔特 • A. 巴斯特多:《物质医疗学 药理学、治疗学和处方集》,第一版(费城,1914 年)同上,《物质医疗学、药理学、治疗学和处方集》,第三版(费城,1932 年);A. A. 史蒂文斯:《治疗学教材》,第六版（费城,1923 年)艾尔弗雷德 • 马蒂内特:《临床治疗学》,第 1、第 2 卷（费城,1925 年)弗朗西斯 • W. 帕尔弗里:《医学治疗的艺术》(费城,1925 年)所罗门 • 索利斯-科恩和托马斯 • 斯托特伯里 • 吉森斯：《药物治疗学、物质医疗学和麻醉药的作用》(纽约,1928 年)埃尔 J. V 林恩:《药物治疗学》,第一版(纽约,1929 年)同上,《药物治疗学》,第二版(纽约,1938 年）。因这份书单有所选择，而不是现有著作的详尽目录，所以得出的结论是关于一般趋势的。并不要求标明这种趋势在所列文献中哪一部著作中最早出现。

② 休梅克:《物质医疗学》,第 786 页。

治疗一系列疼痛的情况下有一种“其他任何药品都不具有的功效”。① 在治疗许多腹泻中，鸦片是“无法估价的”，而且它是治疗腹部疼痛的“首选用药”，不管是因腹膜炎还是因腹部手术引起的疼痛。② 随着年代的推移，鸦片制剂并没有失去其重要性。1913 年,鸦片是‘已知的最完美的止痛剂”。③ 1914 年，吗啡被提到比其他所有药品更能克服疼痛和促使睡眠，尽管任何东西一般会使病人清醒”。这位作者继续写道:“由于吗啡能够减轻疼痛、减少焦虑和紧张恐惧以及变不舒服为舒服，吗啡是很有效的”。④ 在 20 年代,吗啡仍是‘所有止痛药中最有效的药”,在防止咳嗽上,无药可比。⑤ 还在 1938 年，一位作者讲到“一组鸦片生物碱无疑代表了所有药品中最重要的一类”。⑥

19 世纪 90 年代的作者们承认，要列出这些必不可少的毒品的全部适应症，将是不可能的；一份不完全的名单可能包括食物或溃疡引起的腹部疼痛、腹膜炎、脑膜炎、恶心和呕吐,许多情况包括霍乱和痢疾引起的腹泻、各种发炎、像忧郁症之类的精神疾病、咳嗽、气喘、糖尿病、肺气肿、神经痛和各种各样的发烧。⑦ 20 世纪 20 年代的一份清单只是稍欠详尽，但是正如我们将看到的，在处方中开鸦片制剂的医生必须更加慎重。⑧ 适应症典型地分为六大

① 波特:《物质医疗学、药理学暨治疗学手册》,第 317 页。
② 怀特:《物质医疗学》,第四版,第 336 页。
③ 威尔科克斯:《物质医疗学》,第八版,第 734 页。
④ 巴斯特多:《物质医疗学》,第一版,第 357 页。
⑤ 同上。
⑥ 林恩:《药物治疗学》,第二版,第 274 页。
⑦ 巴塞洛:《药物学暨治疗实践》,第七版,第 581—589 页。
⑧ 索利斯-科恩和吉森斯:《药物治疗学》,第 1684—1695 页。

类 减轻疼痛 促进睡眠 缓和刺激 ,如防止呕吐 抑制分泌过多,如减缓腹泻或支气管咳嗽；在低烧和无力状态下支持身体系统；以及作为发汗剂。①

尽管有这些无所不包的好处，鸦片制剂也存在问题。一位作者在 1900 年承认，鸦片“也许最好地代表了典型的症状药品，几乎一成不变地用于减轻一种或多种疾病症状，而不是对疾病本身起到特定或直接的治愈作用”。② 因此，它在治疗上的无处不在反映出科学医学现状的局限性，还没有生产出能够清除病因的药品。在这五十年中取得了一些细小的进展，但是不足以在鸦片制剂适应症上做出根本的改变。例如，在 19 世纪 90 年代,腹膜炎毫无条件地被当做一种适应症。③ 在二十年内，腹膜炎的情况已催人注意：医生不应让病人服药以减轻腹部疼痛，除非已决定需要做手术；也不应让肠壁蠕动变缓或停止，以达到促进肠粘连的目的。④ 与此类似的是，一般建议用鸦片制剂来治咳嗽变得更准确：选用的鸦片制剂应是可待因，而且只是疼痛、不是很多咳嗽才能用药。

一些手册反映出药物学知识的主要部分在不断增加。在早期的手册里，生理反应根据剂量（低、中、高）来作典型的划分。⑤ 到

①这一划分见伍德：《治疗学：理论和实践》，第七版，第 164—166 页，以及布特勒:《药物学、治疗学和药理学教材》,第三版,第 453 页。另一种变化后的划分稍晚于 1928 年出现在索利斯-科恩和吉森斯:《药物治疗学》,第 1685—1686 页。

② 布特勒:《药物学、治疗学和药理学教材》,第三版,第 453 页。

③“在腹膜炎上，不管是产后腹膜炎、外伤腹膜炎，还是肠炎的扩散，没有一件事实比得上鸦片的治愈效力在治疗学上更为人接受”。巴塞洛：《药物学暨实践治疗》，第七版,第 584 页。

④威尔科克斯：《物质医疗学和治疗学》，第八版，第 738 页 索利斯-科恩和吉森斯:《药物治疗学》,第 1689—1690 页。

⑤ 例如,巴塞洛:《药物学暨实践治疗》,第七版,第 576 页。

20 世纪 20 年代，生理作用看来要以个体生物碱的形式来讨论。至少在一点上，生理作用是与已知的组成化合物的分子结构联系在一起的。[①] 尽管如此，这种知识对治疗上如何使用鸦片制剂没有带来任何革命性变革。 1928 年的一本手册反映出新旧知识的混杂，这成为后来药物手册的特点。它包括十几种天然和半合成鸦片制剂分子结构的说明，并为每一种已知的生理作用引用了几十个动物研究资料。不过，像传统的药物学教材一样，它为各种制剂（包括鸦片酊，搽剂和阿片酊）提供了一长串的配方。它解释说，当两种或更多的适应症同时出现时，鸦片制剂效果最好，但是它的适应症清单在长度上可与早期的竞争者相匹敌。它也提到使用甘汞和静脉放血有时也是需要的。[②]

有一种警告声正在不断地变得更刺耳：这个警告医生要谨慎从事，不要导致病人使用鸦片和吗啡的习惯。一位警惕的作者在 1891 年告诫不要把皮下注射针头留给病人，并且提出，吗啡如此彻底地消除疼痛，因而使用吗啡的习惯经常是一种冒险；[③]但是在早期的手册中更为典型的是，导致使用鸦片制剂习惯的危险，被说成是与一种特殊适应症如长期神经痛或习惯性失眠症联系在一起的一种特别的危险。[④] 在一些病人身上，这种习惯甚至被认为是一种可以接受的副作用。这些病人包括年老体衰者，以及糖尿病

① 例如“吗啡、可卡因和蒂巴因对肠的运动有刺激作用……而含有苄基等喹啉核的其他鸦片生物碱的作用恰好相反”，索利斯一科恩和吉森斯：《药物治疗学》，第 1674 页。

② 索利斯-科恩和吉森斯：《药物治疗学》。

③ 休梅克：《物质治疗学》，第 786 页。

④ 巴塞洛：《药物学暨实践治疗》，第七版，第 588 页；伍德，《治疗学：理论和实践》，第七版，第 164 页。

患者，或子宫瘤和癌症引起的出血症患者。① 后一个作者重新思考，因而在后来的版本里，他警告不要给大出血者开鸦片制剂，因为会有上瘾的危险。② 到 20 世纪 20 年代中期，不要让病人上瘾的告诫非常普遍，而且在治疗慢性病上，只有其他疗法都已失败的时候，医生才能用鸦片制剂。这些作者也论述了鸦片制剂在控制疼痛和促进睡眠上无可比拟的功效，这一点表明这些药品的状况已成问题。③

这些手册讨论上瘾的性质和如何医疗，与此平行的是，在美国有一种观点在不断增强，即吸毒者应被没收财产并禁止服用上瘾性的药品。吸毒者是典型的撒谎者，已丧失了所有的道德感。大127 多数作者就是这样描述他们的。④ 尽管一些人指出道德堕落相对于毒品使用来说是次要的，⑤但多数人并不作此区分。

在治疗学讨论中，许多关于导致吸毒成习惯的警告肯定地暗示，这些作者认为医生开药方是上瘾的一个重大原因。要医生避免造成药物致瘾的更加直率的告诫不太普遍，但偶尔也会出现。⑥

① 伍德：《治疗学 理论和实践》，第七版，第 165—166 页 波特：《药物学、药理学暨治疗学手册》，第五版，第 317—318 页。

②波特：《治疗学、药物学和配药学》，第十三版。

③ 参阅作品中最早的这类严厉警告，见威尔科克斯：《物质医疗学和治疗学》，第八版，第 740 页。在提出警告的同时，威尔科克斯指出鸦片制剂的适应症范围很广，不能一一枚举。索利斯-科恩和吉森斯：《药物治疗学》，第 1694 页，也对慢性疼痛或失眠的有关情况提出警告，称没有其他治疗能像鸦片制剂一样减轻这些状况。

④伍德：《治疗学 理论和实践》，第七版，第 169 页 抔特：《物质医疗学》，第 340 页 威尔科克斯：《物质医疗学和治疗学》，第八版，第 745 页；巴斯特多：《物质医疗学、药理学、治疗学和处方集》，第 364 页；索利斯-科恩和吉森斯：《药物治疗学》，第 263、1671 页。最后一书的两位作者引述了一位吸毒医生的话，他说"我们都是说谎者"。

⑤ 布特勒：《物质医疗学、治疗学和药理学教材》，第三版，第 451 页。

⑥ 同上 史蒂文斯：《教材》，第 91 页。

有一个人甚至告诫说，医生绝不应该自己服用鸦片制剂，除非是另一个医生开给的。①

不过，按照一位主张最后才使用鸦片制剂的作者的话说，鸦片制剂仍是“所有药品中最重要的一个门类”。② 在 1900 年人们公认，不管多么需要鸦片制剂来治疗病因，其用途意味着只是治疗症状。甚至在 20 年代后期和 30 年代早期，适应症清单仍又长又广。例如，在发现胰岛素能治糖尿病后许多年，可待因仍被推荐为能够降低血糖。

从 19 世纪 90 年代到 20 世纪 30 年代的趋势是，医生在开鸦片制剂上的责任发生了转变。在头一个十年里，医生被认为理应知道，开鸦片制剂在某些特定情况下会有致瘾的危险。到 20 世纪 30 年代，医生被劝告接受责任，通过对病人诊断和极端慎重的开药，来防止鸦片制剂上瘾。至于开出鸦片制剂的适应症，有两种趋势在同时发展。关于疾病的药物学知识不断增多，对上瘾问题的关注明显增强，都有助于减少鸦片制剂适应症的数目。

关于鸦片制剂上瘾的治疗，所有讨论这个问题的人都一致认为，突然停服药品可能很危险；他们建议有一个七到十二天的递减过程。吸毒者为获得毒品而进行说谎和作假行为表明，作为病人，他或她必须受到严密监督。这越来越意味着在一个机构里的治疗要在细心的监督下。根据任何其他方式治疗吸毒病人，例如逐渐减少剂量，日益难以为人接受。建议的治疗像似监禁。随着 1935 年和 1938 年公共卫生署麻醉剂医院的设立，这一想法已完全成为

① 帕尔弗里:《医学治疗的艺术》,第 130 页。

② 林恩:《药物治疗学》,第一版,第 283 页。

现实。这些机构是监狱／医院混合体，入住病人有因吸毒而被监禁者、缓刑罪犯和自愿住院的病人。到这个时期，医学和科学权威当局都支持实行把吸毒者清除出美国社会的政策。

128 1941 年,路易斯 · 古德曼和艾尔弗雷德 · 吉尔曼的《治疗学的药物学基础》一书第一版面世，很快就成为美国药物学的标准教材。两位作者认为吗啡对治疗疼痛仍是必不可少的，而且重复了到那时为止有代表性的避免上瘾危险的告诫。然而，在这本著作里，整个鸦片制剂的讨论严谨有序，反映出各自吗啡作用给予的精确剂量— 回应概况的实验室研究成果。① 这样，伴随避免致瘾告诫而来的，是关于各种适应症最小有效剂量的具体建议。

除了为精心的滴定治疗剂量提供基础外，各单个药品作用的剂量一回应概况强调药品开发研究的指导性假设：药品的作用是其分子结构的直接功能，因此改变分子结构可能产生更有用的药品。美国 20 世纪 30 年代的鸦片制剂研究是由全国研究理事会吸毒问题委员会主持的，其成果为古德曼和吉尔曼大量引用。② 该委员会的化学家已对吗啡的分子结构进行了几百种改变，而它的药物学家则认为化合物就是不同的效力为不同的作用而进行的组合。一个具体的目标是要鉴别一种具有吗啡的止痛作用的化合物，但又不会上瘾。古德曼和吉尔曼讲到了麦托朋，这是毒品上瘾委员会研究的一种产品，正在接受临床检验。它显示出良好的止

① 路易斯 · 古德曼和艾尔弗雷德 · 吉尔曼：《治疗学的药物学基础》(纽约，1941 年),第 186—223 页。

② 20 世纪 30 年代全国研究理事会吸毒问题委员会的工作有人讨论过，见卡罗琳 · 琼 · 阿克：“社会问题和科学机遇：美国鸦片制剂成瘾情况， 1920—1940 年”(博士论文，加利福尼亚大学，圣弗朗西斯科，1933 年）。

痛效果，又令人满意地对呼吸系统没有副作用。它也意义重大地证明不像吗啡那样容易上瘾，其根据是持续用药后停服的症状比较轻微。对药物学家来说，鸦片制剂上瘾已经成为像其他任何作用一样的一种可以测定的副作用。

感　谢

本文的研究得到旧金山加利福尼亚大学研究生分部旅行基金的支持。我非常感激克里斯托弗对本文初稿作的评论。

133 # 第 七 章

美国西南部纳瓦霍人和其他印第安人中酒精饮料使用状况的变化

斯蒂芬·J. 库尼茨和杰罗尔德·E. 利维

绪 言

从最早接触时期开始，人们就发现欧洲人带来的酒精饮料对北美土著具有毁灭性的后果。正如图 1 表明的，高毁灭率一直持续到现在。图上所列数据表明，各年代与酒精有关的死亡率[①]自 20 世纪 60 年代后期以来在印第安人中已趋下降，但在 80 年代后期上升，比美国各族高 5.4 倍。与酒精有关的死亡不包括意外事故,后者是 1988 年印第安人和阿拉斯加土著第二个主要的死亡原因，而且比美国所有种族的死亡率略高两倍。印第安人意外死亡的约 50%多是机动车辆事故，据估计其中至少一半是因为酗酒。

①与酒精有关的死亡包括因酗酒而导致的死亡、精神病以及与酗酒有关的肝硬化。资料来源：印第安人卫生局,《1991 年印第安人卫生趋势》(华盛顿，哥伦比亚特区：美国卫生暨人道事务部，公共卫生署,1991 年)。

很明显，虽然印第安人和非印第安人与酒精饮料直接有关的死亡似乎长期趋势一致，但仍有很大差异。

关于印第安人与酒精有关问题的高发生率，有各种不同的解释，但没有一种解释可以完全排斥另一种解释。① 这样或那样最老的说法也许是，印第安人不能饮酒，因为从生物学上看他们就不能这样。这一解释仍是实证科学研究的课题，它根据的假设是存在一些必然导致酗酒的基因机制：没有这样的机制，印第安人接触酒精就不会有问题。然而，最近一个调查表明，这一假设尚未找到任何有说服力的证据。②

印第安人酗酒率高的第二种解释认为，这是因为同化、压力和贫困。③ 根据这一说法，印第安人过度饮酒，因为他们自己的社会和文化不再完整无损，并且不能接近那个将他们吞没的社会的珍贵物品。 134

第三种，然而也是更近的解释是，当他们饮酒时，他们学到的举止方式。在印第安人学习饮酒的环境中——一种边疆地区的状况，其中社会约束松弛，饮酒被看成是一个人正常的义务之外一种休息——过分奢华，无拘无束，有时还有暴力行为，这通常认为是

① 关于有用的研究，见 D. B. 希思："北美印第安人中的饮酒状况：一项关于方式和问题的跨文化研究"；R. G. 斯马特等人编：《酗酒和毒品问题研究进展》（纽约，1983 年）；以及 P. A. 梅："土著美国人喝酒解释：著述回顾"，载《普通人类学家》，第 22 期（1977 年），第 223—232 页。

② P. 梅："美国印第安人的酗酒问题：总述"，T. D. 沃茨和小 R. 赖特编：《少数民族中的酗酒问题》（斯普林菲尔德，1989 年），第 100—101 页。

③ 例如见 R. 杰索、T. D. 格雷夫斯、R. C. 汉森和 S. L. 杰索，《社会、性格和反常行为：一项三种族社会的研究》（纽约，1968 年），以及 T. D. 格雷夫斯："一个三种族社会中的文化适应、接触和酒"，载《美国人类学家》，第 69 期（1967 年），第 306—321 页。

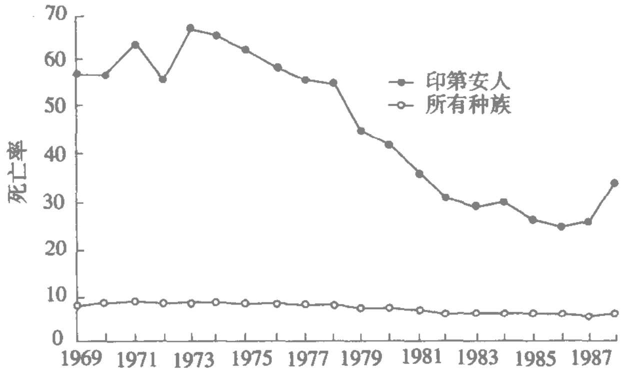


图 1 与年份相适应的酗酒死亡率

资料来源：印第安人卫生局，《1991 年印第安人卫生趋势》（华盛顿，哥伦比亚特区 美国卫生暨人道事务部，公共卫生署，1991 年）。

印第安人饮酒的特征，这个规范延续至今。①

从社会组织、文化、生态适应和与欧洲人接触的历史来看，印第安人多种多样，我们对此印象很深。我们认为这种多样性也反映在含酒精饮料的使用及其后果的不同上。例如，我们在别的地方已经证明，印第安人学会酗酒的行为，不单单是看到酒对欧美边疆居民影响的结果，而且还由于特殊的印第安人群体的文化的传播，此外还因为印第安人能轻易接近含酒精的饮料。②

因此，虽然印第安人与饮酒有关的死亡率平均比非印第安人高，但同样贫困的印第安人人口中的巨大差别表明，身体机能缺陷或贫困之外的一些东西可能在起作用。包括我们在内的几位研究

① C. 麦克安德鲁和 R. B. 埃杰顿：《醉酒行为 社会说明》（芝加哥，1969 年）。

② J. E. 利维和 S. J. 库尼茨：《印第安人的饮酒状况：纳瓦霍人的实践和盎格鲁一美国人的理论》（纽约，1974 年）。也见 J. 利兰：《烈酒神话》（新不伦瑞克，新泽西 酒精研究中心，1976 年）。

者认为，社会组织是一个极端重要的解释可变物；与更加松散的狩猎采集人相比，紧密协调的定居农业人口在饮酒行为上看来不太张扬，较少个人主义，受社区社会控制的约束，不可能冲动行事。①

在这篇文章中，我们想完成几个任务。首先，我们将用图表说明印第安人部落的地区群体内、一个地区内各部落以及一个部落内所观察到的饮酒的多样性和后果。第二，我们将描述纳瓦霍人口中饮酒的一些短暂变化及其后果。第三，我们将描述二十多年中几类纳瓦霍印第安人生活中饮酒的方式及其后果。我们的目的是要指出差异性和现实变化的一些社会一文化因素是什么，以及它们在预防、治疗和研究方面为未来提出了一些什么样的问题。

印第安人口中饮酒的后果

美国许多印第安人的卫生保健是由美国公共卫生署印第安人卫生服务局免费提供的。出于行政管理的目的，接受健康服务的人口分为十二个地区，除一个外都在密西西比河之西。表 1 列出了经过选择的各地区社会经济和死亡率数据。② 很显然，平均家庭收入、教育水平，以及事故死亡和与酗酒有关死亡的比率，存在着实际的差别。两种死亡率之间存在着牢固而实在的相互关系（斯比尔曼 $r=0.601, p<0.05$），并不令人奇怪。事故死亡率和教

①利维和库尼茨，前引书。

② 这些数据来自于下列出版物：印第安人卫生局：《印第安人卫生的地区差异，1991 年》（华盛顿，哥伦比亚特区：美国卫生暨人道事务部，公共卫生署，1991 年）。这三个地区列了灭亡种族如印第安人的问题。这些地区是俄克拉荷马、加利福尼亚和波特兰。结果似乎是报道的死亡率低于真实的死亡率。

育水平之间也存在着强有力的否定的相互关系（$r=0.63$，$p<0.05$）。收入和教育之间的相互关系不太牢固和明确（$r=0.513, p<0.05$）。收入和事故死亡率以及收入和酒精有关的死亡率之间的关系更弱（分别为 $r=-0.441, p>0.05; r=-0.42, p>0.05$），教育和酗酒死亡之间没有任何关系。因此，当这种结合一般是猜想的说明时——哪里收入低，哪里死亡率就趋高——这种相互联系并不特别强烈。

当然，这些行政管理地区内的大量人口大部分远非来自同种。136 我们因此从不同服务单位的饮酒有关状况来考虑死亡率。这些单位是我们刚已讨论过的较大地区内的行政管理单位。

表 1 1986－1988 年各地区土著美国人和阿拉斯加土著的教育、收入和死亡率

地 区	平均家庭收入(美元)	平均受教育年数,>25 岁	成年死亡率/100000 人	
			事故	酗酒
纳瓦霍	8412	9.3	160.7	36.6
图森	9432	11.0	219.9	66.6
阿伯丁	9625	11.9	129.0	69.9
比米吉	10464	11.9	99.2	32.8
比林斯	10967	12.2	139.4	57.8
纳什维尔	11471	11.8	72.4	24.3
俄克拉荷马	11579	12.2	44.8	9.5
艾伯奎克	12226	12.2	120.2	56.4
菲尼克斯	12295	12.3	128.8	64.5
加利福尼亚	13235	12.4	50.6	15.2
波特兰	13563	12.4	91.6	39.5
阿拉斯加	15750	9.3	153.3	22.5

资料来源：印第安人卫生局,《1991 年印第安人卫生趋势》(华盛顿,哥伦比亚特区,美国卫生暨人道事务部，公共卫生署，1991 年)。

我们挑选的服务单位都在西南部，在部族构成上相对同种。表 2 列出 1975 年到 1977 年间事故死亡率和肝硬化死亡率。① 应注意的是，各种族中死亡率大不相同；事故死亡相差三倍多，肝硬化死亡相差十倍多。然而，某些情况是明显的。阿帕契人的事故死亡率似乎大大高于普韦布洛人（霍皮人和东普韦布洛人）。这与上文我们提到的情况是一致的。与普韦布洛人那样相对说来高度控制的定居农民相比，像阿帕契人那样组织松散的部落酗酒行为将更放纵。同属阿帕契人的纳瓦霍人在与普韦布洛人的接触中已深受其影响，似乎介于普韦布洛人和阿帕契人之间。河上的尤马人是个组织松散的农业部落，然而他们为了社会控制只有“最低级的组织”。②

关于肝硬化缺乏任何清晰可辨的模式，我们将在下面回到这一论题。看来，纳瓦霍人和霍皮人的低死亡率可能部分地是接触酒精饮料相对有限的结果，因为他们的保留地比其他部落的保留地离供应源地更加遥远。但事实上，其他几个同样遥远的部落（圣卡洛斯和怀特里弗的阿帕契人）已把酒的销售合法化，从而保证了他们容易获得含酒精饮料。 137

① 这些数据来自于下列出版物：印第安人卫生局：《为印第安人卫生服务地区和服务单位选择的生命统计资料，1972 到 1977 年》，美国卫生、教育暨福利部出版物（卫生服务地区）第 79—1005 号（洛克维尔，马里兰：美国卫生暨人道事务部，公共卫生署，1979 年）。因为有人可能离开居住的服务单位，并在其他地方去世，他们可能不包括在其服务单位的死亡率内。因而这些报道的比率是关于居住人口的。正如我们将指出的，移出会导致死亡统计数大大减少。

② K. M. 斯图尔德：《尤马人介绍》，收在 A. 奥尔蒂斯编辑的《北美印第安人手册》第 10 卷《西南部》（华盛顿，哥伦比亚特区：史密森研究所，1983 年），第 2 页。

纳瓦霍人中含酒精饮料使用的变化

表 2 1975－1977 年印第安人卫生署服务单位
每 100000 人事故和肝硬化死亡率

服务单位	部落	事故	肝硬化
梅斯卡勒洛	阿帕契人	317.8	229.5
吉姆斯峡谷	霍皮人、一些纳瓦霍人	102.1	18.6
圣卡洛斯	阿帕契人	212.2	57.9
怀特里弗	阿帕契人	196.0	58.8
圣塔菲	东普韦布洛人，一些阿帕契人	91.6	48.2
科罗拉多河	育曼人	124.3	55.2
纳瓦霍地区	纳瓦霍人	186.3	21.6

资料来源：印第安人卫生局、印第安人卫生服务地区和服务单位选出的生动统计资料，1972 到 1977 年，美国卫生、教育暨福利部出版物（卫生服务地区）第 79－1005 号（洛克维尔，公共卫生署，1979 年）。

第二个例子来自于俄克拉荷马一些印第安人部落饮酒后果的研究。俄克拉荷马东部部落与酗酒有关的拘留事件和死亡率要大大低于俄克拉荷马西部的印第安人。东部印第安人原来就是农业和林业人口(克里克人、彻罗基人、西米诺尔人、奇克索人和乔克托人），而西部的部落则是大平原上的狩猎者（沙伊安人、阿拉巴霍人、基奥瓦人、阿帕契人、科曼奇人等等)。① 像以上那些数据所指

① R. 斯特拉顿、A. 蔡纳尔和 A. 帕雷德斯：《部落联系和饮酒问题的普遍性》，载《酒精研究杂志》,第 39 期（1978 年）,第 1166—1177 页。也可见 R. 斯特拉顿：《俄克拉荷马土著美国人中酗酒问题的普遍性和社会经济状况之间的关系》，载《酗酒动态》，第 8 期（1981 年）,第 315—325 页。

出的，社会组织和文化的传统模式对理解饮酒方式及其不同后果的流行病学可能仍很重要。然而，另外还可观察到因公开酗酒而被拘留和与酗酒有关死亡的高比率也与高失业地区有关。

第三个例子来自于一项关于胎儿酒精综合症和胎儿酒精效应的流行病学研究。这些最近得到分析的状况是怀孕期间摄入酒精造成的。受害儿童表现出各种生理和认识缺陷。梅和他的同事已揭示出，胎儿酒精综合症和胎儿酒精效应发生率在各部落中不尽相同：纳瓦霍人和普韦布洛人的比率（分别是每 1000 人 3.6 人和每 1000 人 4.4 人）比东阿帕契人和南乌特斯人（每 1000 人 27.7 人）要低，后二者都是标准的狩猎部落。① 因此怀孕年龄妇女的饮酒状况似乎因社会组织程度的不同而异，这与饮酒的其他后果是完全一样的。

最后，我们自己在纳瓦霍和霍皮印第安人中所做的研究工作表明，这两种人在饮酒行为和饮酒后果上有着重大区别。我们已经看到，70 年代早期呈报的肝硬化死亡率大致相同。这些数据的问题是，许多死于肝硬化的霍皮人已经移出保留地，住在纳瓦霍地区的邻近城镇。因为部族联系一般并不列入死亡证，即使列入也不细分，惟一采用的识别方式是种族 印第安人、高加索人、黑人等等，因而一位在纳瓦霍地区去世的印第安人可能被假定是一位纳瓦霍人。在大多情况下，这种假定是合理的。然而，这在现在的情况下并不合理。 138

通过研究印第安人卫生局医院的记录，这份记录记录了部落

① P. A. 梅、K. J. 希姆鲍、J. M. 阿塞和 J. M. 萨梅特：《美国西南部印第安人胎儿酒精综合症状况》，载《社会生物学》，第 30 期（1983 年），第 374—387 页。

成员身份，以及通过采访与过世者有关的活着的人，我们发现1965—1967 年间霍皮人年平均肝硬化死亡率是每 10 万人 43.3 人。同一时期，纳瓦霍人的比率是每 10 万人大约 14 人。70 年代，霍皮人的死亡率降至大约 37.3 人，纳瓦霍人比率增至大约每 10 万人 21 人。[①] 我们已经暗示，在霍皮人中饮酒被看做是极为异常的行为。饮酒是偷偷进行的，而且如果不受社会监督正常机制的约束，被认为异常的饮酒者可能被逐出社区。因此，虽然已死的肝硬化患者离开居留地，仍倾向于认为来自传统社会控制机制仍在起作用的乡村。结果是来自家庭和朋友的支持减少了，而我们也相信饮酒者是不正常和不能得救的人的假定。

另一方面，在纳瓦霍人中，饮酒没有同样地被看做是越轨行为。我们下面将讨论纳瓦霍的饮酒方式，而且很容易就看到，集体饮酒已相当普遍，但在过去未被看成是一个问题，而需要严格的社会监督机制发挥作用。因此，许多纳瓦霍人，特别是男子，大量饮酒,经常酩酊大醉,结果发生事故,但对大多数人来说,他们并未成为社会的孤立者。结果似乎是，他们的豪饮并不像普遍的情况那样促成肝硬化。

至此，我们已经指出，当把美国印第安人当做一种人来考虑时，我们既看到饮酒后的短暂变化，也看到内部的差异。两种观察

① 霍皮人的数据,见 J.E. 利维、S.J. 库尼茨和 E. 亨德森：《从历史和流行病学角度看霍皮人的异常行为》,收在 L. 唐纳德编的《民族学和文化史论题》（伯克利，加利福尼亚，福克洛研究所 ,1987 年）。纳瓦霍人的数据来自于印第安人卫生局，载于《印第安人卫生趋势和服务 1970 年版》（洛克维尔，马里兰：公共卫生署出版物第 2092 号 ,纲领计划和设计处，纲领分析和统计分局，印第安人卫生局，美国卫生、教育暨福利部 1971 年）,以及 S.J. 库尼茨：《疾病变化和药品作用 纳瓦霍经验》(伯克利,加利福尼亚，1983 年）。

结果表明，酒精使用不是一个单一的现象，而是各不相同的，受到各种因素的影响，其中文化和社会组织仍很重要。当我们把注意力缩小到单个部落纳瓦霍人，并再次考虑现世的趋势和酒精使用方式和结果的内部差异时，我们也能观察到各种不同之处。 139

纳 瓦 霍 人

正在变化中的肝硬化和机动车辆事故的流行病学

在表 3 中,我们提供了 60、70 和 80 年代纳瓦霍人肝硬化死亡率的估计数据。① 值得注意的是,不管使用什么来源的数据,肝硬化死亡率从 20 世纪 60 年代到 70 年代都呈上升趋势，而从 20 世纪 70 年代到 80 年代则正好呈下降趋势。

表 3 20 世纪 60 年代到 80 年代纳瓦霍印第安人由于不同原因而造成的每 10 万人死亡率

原 因	60 年代	70 年代	80 年代
酒精肝硬化	(a) 6.2—7.1[a]	18.1—20.6[b]	9.7—11.0[c]
	(b)14.1		
	(c)15.1—17.3		
机动车辆事故	(a)54.6—62.8[d]	114.8—130.6[e]	77.3—88.0[f]
	(b)66.0—75.5		

a (a)S.J. 库尼茨、J.E. 利维和 M. 埃弗里特，“纳瓦霍人中含酒精的肝硬化”，载《酒精研究季刊》,第 30 期(1969 年),第 672—685 页:1965—1967 年。(b)印第安人卫生

①因篇幅所限，不能对涉及到这些比率的各种问题展开讨论。我们认为，真正的年平均比率 60 年代中期可能在每 10 万人 7 至 14 人之间。

局，《印第安人卫生趋势和服务》，1970 年版（洛克维尔，医务部：公共卫生署出版物第 2092 号，美国卫生、教育暨福利部印第安人卫生局项目分析和统计分局项目规划和评估办公室，1971 年）：1965—1967 年。（c）印第安人卫生局，《1968 年印第安人口动态统计：纳瓦霍地区》（图森，阿里茨，美国卫生、教育暨福利部印第安人卫生局卫生项目系统中心，1970 年）：1968 年。

b S. J. 库尼茨，《疾病变化和药品的作用 纳瓦霍经验》（伯克利，加利福尼亚，1983 年），第 104 页：年平均率，1972—1978 年。

c 纳瓦霍地区印第安人卫生局，米哈伊尔 · 埃弗里特博士提供的未发表的数据，1985—1988 年年平均率。这些数字是关于酒精肝病的（ICDA9 代号 571.0—571.3）。如果把代号 57.5 不提酒精的肝硬化）和 571.6（胆硬化）包括进去，那年平均率就增至 11.9—13.6。

d (a) R. C. 布朗等"纳瓦霍印第安人事故死亡状况"，《公共卫生报告》，第 85 期（1970 年），第 881—888 页：1968 年一年。（b）印第安人卫生局 1970 年，1968 年资料，见上文注①。

e 库尼茨，见上文注②，第 101—102 页。1972—1978 年年平均率，用印第安人卫生局人口数字重新计算，来自纳瓦霍地区印第安人卫生局，《1986 年出生率—死亡率报告》（温都洛克，阿里茨：美国公共卫生署纳瓦霍地区印第安人卫生局项目规划和开发办公室，1989 年）。

f 纳瓦霍地区印第安人卫生局，未发表的数据，1985—1988 年年平均率。

20 世纪 70 年代各年龄段的比率表明，纳瓦霍人男女的情况与盎格鲁一美国人中观察到的情况非常不同。纳瓦霍人死亡在 30 年代达到高峰，而盎格鲁人死亡在 50 年代达到高峰。20 世纪 70 年代死亡率骤增的年龄组是男 25—44 岁和女 25—54 岁。① 如表 4 显示的，这些情况在 80 年代后期发生了变化。考虑到人口估计的不确定性和最老年龄组人数很少，对我们提出的确切比率不

140

①库尼茨：《疾病变化》，第 104 页。

能过于相信。然而，我们的确认为极其重要的是，35—44 岁年龄组男女的死亡率都有很大幅度的下降。在我们以前的工作中，我们印象很深的是，各年龄组非自然死亡和与酒精有关的死亡的很高比率在四十几岁时开始下降，似乎尤其是男人已度过了一个危机点，进入了生命的新阶段。① 我们记述的是出生在 20 世纪 30 年代和更早一点的人。 1985—1988 年 34—44 岁的人出生于 30 年代后期和 50 年代早期；还不清楚，这一群人的历史经验中是何种东西能够引起如此巨大的变化。

表 4 1972－1978 年和 1985－1988 年
纳瓦霍每 10 万人死于酒精肝硬化的年平均死亡率，按年龄和性别

	男性		女性	
年龄组	1972—78[a]	1985—88[b]	1972—78[a]	1985—88[b]
25—34	62	49.7	28	27.9
35—44	103	50.2	58	20.7
45—54	46	55.0	47	35.0
55—64	52	0.0	31	33.3
＞65	23	13.2	33	0.0

a 库尼茨,《疾病变化和药品的作用》,第 104 页。这些比率是以我们相信的重要人口估计为基础的。这些比率因而可能高出 15%.

b 根据纳瓦霍地区印第安人卫生局未发表的数据计算出来。人口估计数可能偏低。较高的人口估计将会使比率低 15%。肝硬化包括因酒精中毒而引起的脂肪肝、肝炎、肝硬化和肝损伤，但不包括非酒精引起的肝硬化（11 例男性和 6 例女性死亡，其中最年轻的死于四十岁，大多数死于五、六十岁）。

①利维和库尼茨：《印第安人酗酒》。

总的说来，资料表明，80 年代肝硬化死亡已大大下降，与全国水平大致持平。① 而且，这在男子中尤其明显。我们已估计出 1972—1978 年男女年平均比率是每 10 万人 21.8 人和 14.7 人。这是以重要的人口估计为基础的。② 相比之下，1985—1988 年的数字是 11.0 人和 8.5 人，男子下降 50%，而女性则下降 42%。③

141 当我们考虑到纳瓦霍人主要死因事故死亡时，我们看到类似的情况。仅机动车辆事故就构成了事故死亡的最大部分，而且据说如果不是大多数，其中许多也是与酗酒有关的。表 3 列出了两种不同资料来源的 20 世纪 60 年代期间年平均死亡比率的估计。它们从每 10 万人 54 人到 75 人，与下一个十年形成鲜明对比；70 年代机动车辆事故死亡的年平均数是 151 人(从 1972 年到 1978 年）。年平均比率为每 10 万人 114.8 人到 130.6 人。与肝硬化的情况一样，比率似乎出现了真正的上升，而不单是60年代情况不

表 5 1972—1978 年和 1985—1988 年
纳瓦霍每 10 万人年平均机动车辆事故死亡率

	男性		女性	
年龄组	1972—78[a]	1985—88[b]	1972—78[a]	1985—88[b]
<10	32—37	26—30	29—33	15—18
10—14	27—32	16—19	11—13	4—5

① B.F. 格兰特、T.S.佐贝克和 R.P. 皮克林：《美国肝硬化死亡， 1973—1987 年》,《监督报告》第 17 号（洛克维尔，马里兰：关于酒精滥用和酗酒、生物统计学同流行病的分开、酒精流行病数据系统、美国卫生暨人道事务部国立研究所，1991 年）。

②库尼茨：前引书，第 104 页。

③ 1985—1988 年肝硬化率是根据 1CDA9 代号为 571.0、571.1、571.2 和 571.3 的数据计算得出的，全都与酒精有关。如果加上代号 571.5 和 571.6 的数据，男性的比率是 13.9—15.8，而女性的比率是 10.0—11.4。

（续上页表）

15—24	287—330	198—233	78—90	43—50
25—34	392—450	286—337	93—107	73—86
35—44	225—259	213—251	88—101	53—62
45—54	202—232	85—100	72—83	36—42
55—64	249—286	125—147	31—36	43—50
＞65	201—231	129—152	53—61	70—82

a 库尼茨,《疾病变化和药品的作用》,第 102 页。

b 根据纳瓦霍地区印第安人卫生局未发表的数据计算得出。

够明了的结果。男性的比率比女性高三倍，25—34 岁年龄组的比率最高，但事实上十几岁年龄组的比率开始明显增高，并一直维持到六十多岁。对年平均机动车辆事故死亡率和因机动车辆事故而住院的比率进行的多种回归分析表明，保留地人口最密集定居的地区比率最高。①

再就肝硬化来说，这一原因的死亡从 20 世纪 70 年代到 80 年代突然下降了大约三分之一。然而，性别比率保持未变。死于机动车辆事故的男性是女性的大约三倍（1985—1988 年年平均比率男性为每 10 万人 136.2 人,女性为 36.7—41.8 人）。20 世纪 70 年代以来该死亡率下降的情况是与全国类似的，正如肝硬化死亡呈现出的变化一样。②

然而,与 35—44 岁年龄段肝硬化死亡突然出现特别下降不

①库尼茨:《疾病变化》,第 101—102 页。

② T. S. 佐贝克、S. D. 艾略特、B. F. 格兰特和 D. 贝托鲁奇：《与酗酒有关的致命交通事故趋势》,美国:1977—1988年,监督报告第 17 号(洛克维尔,马里兰:关于酒精滥用和酗酒、生物统计学同流行病的分开、酒精流行病数据系统、美国卫生暨人道事务部国立研究所,1991 年）。

同，机动车辆事故的死亡实际上所有年龄范围都下降了（见表 5）。142 这并不令人奇怪，因为不是所有的致命事故都与饮酒有关（见下文)。当事故发生时,不管喝不喝酒,也不管驾驶者是否喝醉,各年龄段的人都会牵涉进去。对机动车辆事故讨论的基本假定是，它们主要是由喝醉的驾驶者造成的。然而，只有一项研究对这种联系尝试过细致的分析。卡茨和梅分析过警方关于 1973－1975 年纳瓦霍居留地机动车辆事故的报告。① 即使这些数据也是潜在下降趋势的问题，因为血液中的酒精含量程度是未知的。调查官员在表格的格子上打钩形符号，就是确定此人喝过酒，如果他没喝过酒就留空白。卡茨和梅得出结论说：" 对于印第安人的实例来说，单个车辆、多种车辆和单个车辆／步行事故与饮酒有关的比例各是 41％、46％和 44％。"② 他们进而指出，对其他人口的研究得出机动车辆致命事故中与饮酒有关的比例更高，而且那些研究使用的是血液含酒精度数，而不简单是很可能会忽略饮酒细微迹象的调查官员印象。尽管如此，即使一半的事故与酒后驾驶有关，那因饮酒造成的死亡也是有根据的，因为总的比率是如此之高。③ 另一方面应当指明的是，其他许多因素也促成了高事故率，包括道路工程质量、车辆维修不善、司机训练不合格，以及许多人必须远距离驾车上班、购物和看病，更不用说去喝酒了。因此提出把酗酒作为主

① P. S. 卡茨和 P. A. 梅：《纳瓦霍保留地机动车辆事故 1973－1975 年》（温都洛克，亚利桑那：纳瓦霍卫生局，1979 年）。

② 同上，第 65 页。

③ 印第安人卫生局认为 60％的机动车辆事故死亡是与酗酒有关的（纳瓦霍地区印第安人卫生局，《卫生统计报告：与酗酒有关的死亡率／发病率和暴力事件》（温都洛克，亚利桑那：美国公共卫生署纳瓦霍地区印第安人卫生局项目规划和开发办公室，1990 年））。

要决定因素，不但使问题过于简单化，而且结果只是责怪受害者，而没有指出他或她支配之外的环境状况。

令人遗憾的是，至今还没有其他人继续卡茨和梅的研究。因为饮酒造成的肝硬化死亡下降，机动车辆事故死亡也同样下降，弄清楚饮酒方式的变化是否像减少酒精肝硬化一样导致事故的减少，将是非常重要的。

变化着的饮酒普遍性

在 20 世纪 60 年代中期以来的一项领域的研究中，[①]我们报导了三种群体居民的饮酒现状：一个是农村地区一个延伸的有血缘关系群体中的成年成员，称为高原群体；一个是生活在亚利桑那州图巴城的保留地行政管理和雇佣工作中心成年人任意选择的范例，称南图巴范例；以及亚利桑那边境城镇弗拉格斯塔夫的所有纳瓦霍长期（10 年以上）居民。数据列在表 6 中。令人注意的是，纳瓦霍人中喝酒的普遍程度比美国全国的取样调查要低，主要是因为一些人已不再喝酒。在各个群体中值得注意的是男人喝酒比女人喝酒要多；在从这个群体到那个群体的男人中差异很大，但女性没有多大差异。弗拉格斯塔夫和南图巴群体的女性比高原群体女性的比例更高，她们是终身戒酒者，但弗拉格斯塔夫当时喝酒女性的比例也比其他两个群体的女性要高。

这些是纳瓦霍人口不加权的任意选择的实例，因而不能组合起来对 20 世纪 60 年代中期纳瓦霍人饮酒全面的普遍性作出估

① 利维和库尼茨：《印第安人的酗酒》。

计。不过，它们对进行某些比较还是有用的。1984 年梅和史密斯①调查了亚利桑那州边境城镇温斯洛印第安人卫生局诊所的病人人口，这里在弗拉格斯塔夫以东大约三十英里，附近有大量农村人口，我们十八年前在那里进行过实地研究工作。他们俩认为，利

表 6 20 世纪 60 年代和 80 年代
纳瓦霍男性和女性的几个实例中饮酒程度

饮酒状况	高原 (1966 年)[a]	南杜巴 (1966 年)[a]	弗拉格斯塔夫 (1967 年)[a]	温斯洛 (1984 年)[b]
女性				
终身戒酒者	9(37.5%)	9(64.3%)	20(66.7%)	
不再饮酒者	14(58.3%)	4(28.6%)	3(10.0%)	
不饮酒者总数	23(95.5%)	13(92.9%)	23(76.7%)	54(60.0%)
当时饮酒者	1(4.2%)	1(7.1%)	7(23.3%)	36(40.0%)
总数	24	14	30	90
男性				
终身戒酒者	1(5.0%)	0	2(11.1%)	
不再饮酒者	12(60.0%)	6(31.6%)	7(38.9%)	
不饮酒者总数	13(65.0%)	6(31.6%)	9(50.0%)	30(36.0%)
当时饮酒者	7(35.0%)	13(68.4%)	9(50.0%)	54(64%)
总数	20	19	18	84

a J. E. 利维和 S. J. 库尼茨：《印第安人饮酒状况 纳瓦霍人的实践和盎格鲁一美国人的理论》（纽约，1974 年），第 136 页。

b P. A. 梅和 M. B. 史密斯："关于纳瓦霍印第安人滥用酒精和禁酒的一些建议"，载《酒精研究杂志》，第 49 期（1988 年），第 324—334 页。

① P. A. 梅和 M. B. 史密斯：《一些纳瓦霍印第安人关于滥用酒精和禁酒的建议：一项决策调查和进言》，《酒精研究杂志》，第 49 期（1988 年），第 324—334 页。

用诊所病人资料不会给他们的研究带入重大的偏向，因为他们采取的每一项措施以及此前的研究表明，诊所病人与更大服务单位 144 的居民是无法区分开来的。他们饮酒状况数据和我们最初调查得来的数据一起列在表 6 中。在温斯洛诊所得到治疗、目前（1984 年）不再喝酒的纳瓦霍人的比例（48％）,略高于 1986—1988 年亚利桑那州不喝酒者的估计比例（大约 40％）。[①] 最引人注意的是，从 20 世纪 60 年代中期到 80 年代中期，女性饮酒的普遍性明显增加。这与该时期纳瓦霍人胎儿酒精综合症和胎儿酒精效应的普遍性明显增高也是一致的。[②]

饮酒方式的变化

马丁·托普已在一系列论文中证明，随着纳瓦霍人口增多和多样化，饮酒方式也变得多种多样。[③] 他指出至少有五种不同的类型，其中几种与我们在 20 世纪 60 年代的著作中已经论述过的方式大致相同,被认为是‘传统的’纳瓦霍的。第一种类型是‘室内聚会”，晚上在屋内进行，所有参加的成年人共享含酒精的饮料。第二种类型是传统的老年人饮酒，通常在举行传统仪式时，但在离

① G. D. 威廉斯、F. S. 斯廷森、S. D. 布鲁克斯和 J. 诺贝尔：《人均酒消费量 全国、州和地区趋势： 1977—1988 年》（洛克维尔，马里兰：美国卫生暨人道事务部国立研究所关于滥用酒精和酗酒、生物统计学同流行病学的分开、酒精流行病学， 1991 年）,第 36 页。

② 梅、希姆鲍、阿塞和萨姆特：《致命的酒精综合病症流行病》。

③ M. D. 托普：《纳瓦霍人“酗酒”变化的文化环境中的饮酒、酒精滥用和治疗》，收在 L. 本尼特和 G. 埃姆斯编的《美国人的饮酒经历：不同的文化观》（纽约，1985 年）。M. D. 托普和 J. 柯蒂斯：《扩大家庭的疗法：纳瓦霍城镇青少年协同双重反常抑郁症治疗的临床方法》,《社会精神病杂志》,第 15期（1987 年）,第 334—348 页。

仪式本身稍远的一个地方。第三种类型与第二种类型相似，但参加者是年轻人。第四种类型的饮酒，通常是指男人的独饮。这种饮酒方式如此受到指责的原因，是它使个人离开他或她有义务完成的经济任务，而且它不能参与族人的任何“饮酒”。另一方面，“传统的女性酒鬼是男人无聊扎堆饮酒时与他们一起共饮的人，或是在偷偷卖酒的酒店和售卖点周围徘徊，并为了喝酒而卖身的人。”①

除这些较老的饮酒方式外，又出现了一些新的方式。“喝酒不再只是在族人或亲戚中独自进行。在不同场合和地点通常临时性合伙饮酒。”托普尔认为，人们不与亲戚族人在一起喝酒，这一事实是具有破坏性的，因为饮酒群体的社会化功能已消失殆尽，而且因为许多纳瓦霍人对非亲戚持怀疑态度：“任何文化的陌生人都不能被轻易接受”。他写道，这一与陌生人相处有关的难处，因寄宿学145校的经历②以及雇佣工作而大大加剧，因为二者都使人疏远，不能满足深层的情感需要。

文化适应的最后影响似乎是，许多在非传统环境中饮酒的年轻纳瓦霍人追求的只是逃避酒精的麻醉功能。鉴于这些年轻人是纳瓦霍人口中一个日益增长的部分，一种危险的饮酒新方式的重大趋势正在形成。那些在非传统环境中为逃避现实而饮酒的人发

①托普：《纳瓦霍人酗酒》，第 232—235 页。

② 把纳瓦霍和其他印第安青少年送到寄宿学校上学，自 19 世纪以来已成为一项政策。最初这些学校是教会团体经办的，近年来由联邦政府内务部的印第安人事务局主办。目的是要让孩子们离开家庭，把他们教育成为盎格鲁—美国人。寄宿学校在近几年里名声越来越不好，入校的学生数量不断减少。现在大多数人在住家社区或附近的走读学校上学。人们认为，这些被送到寄宿学校的小孩可能来自有问题的家庭，而且他们本身特别容易遇上情感和心理麻烦。

现自己在陌生人中饮用一种无法克服、使人消沉的毒品，他们对那些陌生人抱有矛盾心理。此外，他们在传统的纳瓦霍人规则对社会控制饮酒不起作用的环境里饮酒，而非传统的社会控制环境又未形成。最后他们经常对他们的经济、也许还有社会状况带有强烈的不满和挫折感。由于这些因素，年轻的纳瓦霍人中与酗酒有关的疾病和死亡比率不断增高就可理解了。这些年轻人许多在文化和感情上都没有做好准备，来承受非传统饮酒环境的压力，或体验这种饮酒为其他文化居民提供的情感放松或满足。当时很显然，这些较新的饮酒方式不如那些较传统的方式更有好处。①

区分喝酒的原因和结果是很重要的。我们已经提到，“传统的’饮酒方式——室内聚会和集体饮酒——虽然在起因上通常是病态的，但在结果上一般不是病态的。托普尔指出的“文化适应”饮酒新方式，在结果上和其起因一样是比较病态的。他还认为，文化适应饮酒方式正日益普遍，而且说明了与酗酒有关的得病和死亡率增高的原因。但是与酗酒有关的死亡率从 20 世纪 70 年代到 80 年代似乎已经下降，这表明还有更复杂的过程在起作用。

我们可以会猜想，死亡率下降反映出一种更为温和和得到更好控制的饮酒方式在发展，人们喝酒不是病态的原因；而托普尔描述的病态饮酒要么从过去一两代人就已产生，要么是过去出现的传统饮酒方式的消退而在最近表现出来。还不清楚是不是这种情

① 托普：前引书，第 238—239 页。

况,但是不管怎样它提出了‘双重诊断’和‘双重混乱’的重要问题，这在美国印第安人中间的研究一般没有讲到，但与文化适应假设有关而且很重要。例如，在一般人口中，流行病受托区研究①发现，酒精中毒病人占焦虑性紊乱的终身比率 19%（平均比率的一倍半),反社会性格的比率是 14%(是平均比率的二十倍多),而情绪错乱的比率是 13%(是平均比率的近两倍)。另一方面,以前的抑郁和焦虑不会带来酗酒的危险。明显地难于确定的是：(1)精神病症状和酒精中毒是否原因相同；(2)酗酒是否导致严重慢性的精神病症状 或(3)精神错乱是否造成酗酒和依赖性。在亚利桑那州霍皮印第安人中进行的一项抑郁症研究发现，四十四个患有与抑郁症有关的情绪错乱的人中，十二个人也被诊断出当时正在酗酒和吸毒。这包括所有七位患有严重抑郁症的男性，但是无一例外的是，这些抑郁症都不及他们的酒精中毒严重。② 没有一例的抑郁症是发生在酗酒开始之前的，也没有一例是在酗酒之外独立发生的。

146

分　类

托普尔的分类法是最为详细的饮酒行为分类法，但还有许多其他的分类方法，例如，在她对纳瓦霍保留地的一个治疗项目的研

① D. A. 里吉尔等:《与饮酒和其他滥用麻醉药有关的精神紊乱并发症 流行病传染(ECA)研究结果》,载《美国医学协会杂志》,第 264 期(1990 年),第 2511—2518 页。

② S. M. 曼森、J. H. 肖尔和 J. D. 布卢姆：《美国印第安人社区的抑郁症感受：精神病学理论和诊断的挑战》，收在 A. 克莱因曼和 B. 古德编的《文化和抑郁：情感混乱的人类学和跨文化精神病学研究》(伯克利，加利福尼亚，1985 年)。

究中，弗格森①论述了她称之为焦虑饮酒者和消遣饮酒者的情况。两者都体验到饮酒的不利后果，但消遣型饮酒者年纪较大，受教育不太好，在自己的社会里地位更高，比焦虑型饮酒者看来能响应治疗疗程。②

我们早期的著作与弗格森在 20 世纪 60 年代中期的著作是属同一时期的，并得出类似的结论。此外，我们还指出，许多年纪较大的人，在我们采访时是饮酒很少的人，事实上在年轻时经历过诸如戒毒症、眩晕、事故以及家庭和职业病等后发病，所有这些都是难对付的酗酒的表现。当然，有些人结果就死了。但是大多数人活了下来，不是立即减少饮酒，就是一起停止了酗酒。③ 我们研究时的那些年轻人，正是以与那些老年人所描述的他们年轻时特点相类似的方式喝酒。我们推断，因为酗酒行为看起来与历史上描述的一样，酗酒方式也应是一样的。下一代的后来者已把这幅图景复杂化，正如我们在下文要更加详细地论述的。

关于妇女的描述也很复杂。我们早期的著作以及托普尔后来的类型学表明，传统上妇女要么在受到保护的家里喝酒，要么在公众场合喝酒，并被认为行为不正常者和酗酒者。结果越来越明显的是，现在妇女饮酒的比例比过去更高，她们趋向于年轻化，而且不利后果之一是胎儿酒精综合症和胎儿酒精效应不断增多。这些原因不是很清楚，但是似乎因为纳瓦霍人的传统性别角色像非印

147

① F. N. 弗格森：《纳瓦霍人饮酒状况：一些尝试性假设》，载《人类组织》，第 27 期（1968 年），第 159、167 页；以及《对纳瓦霍人酗酒的治疗方案：四年后的结果》，《酒精研究季刊》，第 31 期（1970 年），第 898—919 页。

② F. N. 弗格森："纳瓦霍人酗酒治疗反应中作为一种分析方法的关键理论"，《人类组织》，第 35 期（1976 年），第 65—78 页。

③ 利维和库尼茨：《印第安人的饮酒》。

第安人一样发生了改变，妇女已经开始按照她们在这种同龄人群体的实例中经常看到的方式喝酒。

饮 酒 历 程

在考虑一生中饮酒的轨迹时，通常会对临床人口和非临床人口的研究进行对比。① 还没有任何有关非临床的印第安人口、已发表的正式纵向研究，尽管有一些上文提到像我们的工作一样的观察表明，极端的饮酒行为在不同部落的年轻中人非常普遍，而且随着年轻增长大量地减少。除纳瓦霍人外，据说这也发生在苏人和西阿帕契人中。②

另一方面，还有几个有关临床人口的研究。我们只提那些与纳瓦霍人有关的研究。萨瓦德指出，在一个戒酒治疗计划中三十位纳瓦霍病人接受了平均九个月的治疗后，75% 表现出“明显好转”。③ 弗格森讲述了一百一十五位纳瓦霍病人在接受为期十八个月的戒酒治疗之后六个月的情况，并讲到许多人的酒瘾大为下降；④到二十四个月的疗程结束时，23% 的未再涉入难对付的饮酒。被断定治疗成功的人比治疗失败者的年龄要大，然而受的教

① K. M. 菲尔莫尔：《跨越一生的饮酒：国际纵向研究七十年的重要回顾》（多伦多：成瘾研究基金会，1988 年）。

② T. M. 希尔：《从愤世嫉俗到恋家爱家》，收于 J. 斯普拉德利和 D. 麦柯迪编的《一致和冲突 文化人类学读物》，第二版（波士顿，1974 年）。

③ R. J. 萨瓦德：《戒酒治疗对纳瓦霍人饮酒群体关系的影响》，载《酒精研究 季刊》，第 29 期（1968 年），第 909—916 页。

④弗格森：《纳瓦霍人饮酒状况：一些尝试性假设》和《纳瓦霍人酗酒的一项治疗方案：四年后的结果》。

育却更少些。

我们自己关于纳瓦霍人喝酒的纵向研究既包括临床人口，也包括非临床人口。研究开始于 1966 年，采访了四种不同的纳瓦霍印第安人的实例，他们全为二十岁或更大些。我们已经讲过三种非临床的纳瓦霍人的情况。除此之外，我们的研究中还包括一种临床人口。他们有三十五人（男三十人、女五人），为控制过度饮酒，自愿到杜巴市的公共卫生署医院治疗（称为医院类型或戒酒类型）。这些个人组成了那时接受治疗的酗酒者的全部人口。

尽管我们不想提出一种“文化适应”的全面指数，总的趋势是明确的。高原群体文化适应的程度最低，最接近传统模式。弗拉格斯塔夫群体文化适应程度最高。南杜巴群体情况适中。医院群体介于南杜巴群体和高原群体之间，反映出这样的事实：其中一半人住在南杜巴，而其余的人来自于与凯比托高原类似的地区。 148

我们已经描述了三个社区实例中酗酒的普遍情况。这里我们将分析一些计量方法和饮酒方式。

1. 数量–频率：这一衡量方法总体上并不令人满意，因为在高原群体和医院群体中许多酗酒者是一瓶酒大家传着喝。南杜巴群体饮用烈性酒和啤酒。弗拉格斯塔夫群体几乎全部饮用啤酒，他们的饮酒方式——边看电视边喝啤酒——与保留地上的人或来城里喝酒的保留地居民的饮酒方式明显不同。

2. 酒的定义：这一衡量方法是由“含酒精饮料对你意味着什么？”这一问题的回答构成的。得分越高，“一个人的作用”就越像是一个个人体的，而不是一个社会性饮酒者。从这一群体到那一群体，群体在男人和妇女中间没有重大差异，我们想这可能与很难对纳瓦霍人作一些细微区分有部分关系。不过，除此之外，我们根

据知情者告知的情况得出的印象是，大多数人喝酒原因类似，不是为了被遗忘或忘却，而是为了加快社会化。

3. 全神贯注于饮酒：这个天秤衡量的是饮酒行为，而不是饮酒动机。这并不是要从这个群体到那个群体的妇女中间作出区分，可是也不是在男人中间作出区分。高原群体和医院群体形成了最为极端的饮酒形式，比南杜巴或弗拉格斯塔夫的男子们都更加极端（男女只是在高原群体中有所不同）。在问这些问题时情况也是这样,许多人告诉我们说,酒对他们影响很大,而不是影响很小,事实上，有些人声称，他们醉酒，仅仅因为闻到酒瓶盖子和打开酒瓶的味道。正是这种观察向我们暗示，我们看到和听到的许多醉酒行为事实上是学会的，而不是由真正的酒精中毒所致。

149 所收集的关于酒后神经过敏和发生幻觉的经历的数据，以及关于拘留记录和酗酒的其他社会后果。我们将不去描述这些具体的发现，以免人们认为，导致戒酒的严重酗酒据说由于最传统的饮酒最为常见。

来自我们最老的提供资料者的自述和生活经历和最近的 19 世纪人种志报告是一致的。这些报告提到，年轻人在庆典上集体饮酒是习以为常的，那些不想喝酒的人被迫参与。然而，因在保留地的早期年代,酒价昂贵,很难弄到,只有有钱人才能买得起,一种典型的方式是为了酋长派骑手去卖一些牲口来买酒，然后再分给他的下属。酒因而成为具有崇高声誉的一种消费品。

我们似乎感到，酗酒是坚持传统价值的结果，而这些价值与个人能力、集体团结和购买值钱物品的能力有关，这似乎是年轻人的特点，他们到了 30 年代后期和 40 年代，这个特点非常明显地趋于减少。另一方面，女人酗酒似乎是一个与男人酗酒非常

不同的现象。女性酗酒的比例比男性要低得多，但那些女性酗酒者中，有很高比例的人生活很乱，在社区内被广泛看做是行为反常者。

男人进入中年后似乎能够减少其酒的消费，我们认为，这一事实是家庭压力、目睹同伙酗酒的恶果（尤其是非正常死亡）以及步入人生新阶段后承担起新的责任的结果。毫无疑问，酗酒造成了严重的健康和家庭问题，而且随着道路改善，汽车越来越普遍，以及印第安人离开保留地禁令的废止（保留地部落法仍明令禁酒），饮酒明显增加。但是这些结果使我们对这一人口中饮酒的慢性成瘾性质提出疑问。

最近,我们已在 1990 年完成了对原先于 1966 年采访过的南杜巴、高原群体的成员以及戒酒诊所的实例（或那些已过世者的亲属）的后续调查。[①] 我们的回答率是 99%以上。这一后续调查的结果使我们早先的结论复杂化了，并不令人吃惊的是，一些依然存在的分析表明，医院群体比其他两种群体的死亡率要高，而且除那个群体的五位女性外，所有已去世的男性只一人除外，死因都与酗酒有关。更令人吃惊的是，医院群体中去世的男性在 1966 年首次调查时期比那些幸存者平均年龄明显年轻（二十八岁对三十五岁）；他们更像是上过学。此外，当已去世男性与医院群体中还活着的人相比，并在年龄上相称时，前者在首次拘捕时明显地年轻（二十一岁对二十六岁）。在开始饮酒的年龄上、在报道的饮酒后果和饮酒造成的麻烦上以及因斗殴而拘捕上，没有

150

① S. J. 库尼茨和 J. E. 利维：《喝酒生涯：关于三类纳瓦霍人的一项二十五年的后续研究》(纽黑文，1994 年)。

任何区别。虽然人数很少，但这些观察揭示，一些严重酗酒者未成年死亡的风险可能特别高，而且这些人的饮酒经历中很早可能就有迹象。

高原群体和南杜巴群体中已死者在首次调查时比医院群体中的那些去世者平均年龄要大，除两例外，他们的死因都与酒精无关。其直接结果是，当我们考虑所有这三种群体中还活着的那些人时，他们在年龄上很难区分。首次调查中的平均年龄和中等年龄各是三十五岁到三十六岁和三十三岁。二十三年后，这些幸存者平均已近六十岁。

幸存者不但在年龄上很难区分，而且目前在一些其他重要方面也很难区分。这里我们只叙述三种量度标准：自然功能，抑郁症状评估，以及饮酒的数量和频率及平均消费的种类。

自然功能的天秤来自于疾病影响测验，这是在盎格鲁一美国人口中发展起来的，但在一项老年纳瓦霍人的研究中得到成功的运用。[①] 这种衡量标准不允许一个人去诊治任何特别的疾病。更确切地说，它是一种评估进行日常生活正常活动（穿衣、洗漱、走路，等等）能力的方法。得分越高，能力越低。

抑郁症状量度标准是流行病研究抑郁测试中心提出来的。它是一种通常与抑郁相结合的症状的量度标准。高估分并不等于严重抑郁症的临床诊断，而宁可说是临时性症状严重性的表现。在我们对年纪较大者的研究中，我们也使用了这一测验方法。[②] 它可以使研究者对一个月或一年的喝酒普遍率做出估计。

① S. J. 库尼茨和 J. E. 利维：《纳瓦霍老人 从家庭到社会资助》（图森，1991 年）。
② 同上书，第 4 章。

饮酒的数量-频率的衡量要求了解个人消费酒的平均数（为了了解它们的酒精含量），他或她喝的酒量，以及喝酒的频率。一般来说，三种酒类是啤酒、葡萄酒和烧酒。因为含酒精的葡萄酒是许多人的首选饮料，所以我们也加上了这一类酒。

首先，从所有幸存者收集起来的数据，在它们各不相同的测验之间大多数存在着有意义的、有顺序的关联各种疾病影响测验是相互关联的（$p<0.001$），两种抑郁症的测验(一个月和一年)是相关联的（$p<0.001$），身体保健疾病影响测验是与一个月的抑郁症测验和一年的抑郁症测验相关联的（分别为 $p<0.005$ 和 $p<0.001$），年龄与两种疾病影响测验相关联（身体保健疾病影响测验 $p<0.03$ 运动为 $p<0.001$），但与抑郁症测验并不相关。

第二，在两种疾病影响测验的衡量标准上，在幸存者估分上，并没有重大区别（根据克鲁斯卡尔-瓦利斯的变量分析），不管是在研究的群体内，还是在男女两性之间。抑郁症衡量标准得分上也没有区别。

第三，在随后的时间里，当时仍在饮酒的各群体中的人的比例没有重大区别。在他们饮用的酒类、饮酒的数量和频率，以及自认为或被调查者认为有喝酒问题者的比例上，都没有什么区别。

此外，当我们回顾首次调查，并看看活到 1990 年的各群体成员间那时是否有何区别时，区别并不明显。例如，各群休之中幸存者（在男性和女性之间进行区分）抢先占有的得分并无不同，亦不是与 1961—1966 年间至少被拘留一次的男性成比例，也不是与那些被拘留者的拘留次数有什么不同。戒毒诊所群体中三个仍活着的女性在那些年至少都被拘留过一次，但高原群体十九位女性中的十四位（73%）和南杜巴群体十三位女性中的九位（69%）都没有

被拘留过。在少数被拘留过的那些人的拘留次数上，没有任何重大区别（根据克鲁斯卡尔–瓦利斯的变量分析）。

这些分析结果表明，首先，由于选择的死亡，三个群体开始看起来越来越像；其次，有一部分年轻男子因与酗酒有关而发生死亡的风险尤其高。正是这些人的死亡，说明了那些活着的人为什么越来越相似。这可能意味着，在传统的饮酒方式是一醉方休的集体饮酒的人口中，还有较少的一部分人。这后一类人由于一些原因陷入与酗酒有关的极端严重的困难中，未成年死亡的风险高，而且像大多数纳瓦霍男子一样，人到中年后他们不能节制饮酒。根据公认的不明确的证据，我们猜测，这一类高风险的群体可能有双重诊断，大概主要是性格错乱和酗酒。如果是这样，问题产生的原因仍只能是一种猜测，但可能与破裂家庭增多和年纪轻轻就被送到寄宿学校有关。需要进行进一步的研究，来证实目前仍须是推测性假设的东西。

结　　论

美国印第安人作为一个民族由于喝酒确有许多不幸，他们的形象有许多根据。但它模糊了一个更加重要的现实：这个现实的特点是过去的差异性、最近重要的短暂变化和目前的多样性。我们认为，对于我们接触很多的纳瓦霍人来说，结果可能既是好消息，也是坏消息。好消息是，以往传统的饮酒方式的消退可能导致我们在过去二十年中观察到的与酗酒有关死亡的减少。坏消息可能是，更多的饮酒病理方式相应地越加重要——如果事情的确是这样——可能意味着未来的治疗比过去甚至更加困难，因为更大

比例的喝酒者喝酒将不是为了加快社会化，而是为了治疗病症，或者作为医治精神疾病的表现。如果确是如此——只有未来的研究能断定是否如此——那么不但治疗体系将受到新的挑战，而且还必须开展新的预防工作和实行早期的干预。

第 八 章

吸毒瘾 美国历史上“毒品”一词与滥用的结合

约翰 · 帕拉斯坎多拉

在当今社会中，“服用毒品者”这个术语一般给智者带来怎样一种形象？在对某种说法的平均答复中说，某些人正在“服用毒品”，看来要受到询问：他或她生的是什么类型的病？正在使用什么药物治疗？也许不会有人问，因为对大多数人“服用毒品”来说，与其认为是医用,不如说是“滥用”。

不过，毒品这个词在公众心目中并不总是和物质滥用密切联系起来。《牛津英文字典》(OED）初版第三卷(1897 年出版)对“毒品”这个名词做了如下定义:“一种原有的、简单的药物,有机的或无机的，既可以在其天然状态下使用，又可以经过加工使用，还可以作为药物或毒品的原料。”①

接下来,《牛津英文字典》(OED）还探讨了这个名词的来历及其

① 詹姆斯 · A. H. 莫瑞,亨利 · 布雷德利,威廉 · A. 克雷吉和 C. T. 奥尼恩斯等人:《英语历史起源新词典》,10 卷本（牛津,1888—1928 年),第 3 卷(1897 年),第 1 册,第 687 页。

用法，但这些问题在本文中将不予以讨论。就本文的关注角度来看，值得我们注意的是：药物这个名词在这里是同医疗及相关作用联系在一起的。定义中并未提及药物的愉悦功能或对药物的滥用。

《牛津英文字典》继续讨论了这个名词的历史和使用的其他方面，这里不需要研究。从尝试的观点看，关键的事实是要指出：毒品这个名词是与医药和有关使用联系在一起的。

《牛津英文字典》第一版直到 1928 年才出齐。而该书第一个增补本则于 1933 年出版，从而为已经出版的定义提供了早期的修订机会。不管怎样，该增补本为毒品名词增加了新的定义，也就是对传统的已经引用的定义补充。补充内容如下："现在往往不加限制地使用麻醉品和鸦片制剂。"瘾君子"、"毒品罪恶"、"吸毒鬼"、"毒瘾"都作为该词用法的例子。[1]

本文将集中探讨"毒品"这个词在美国近来用法的演变过程，以及美国制药者在 20 世纪 20 年代为反对这种演变趋势所进行的种种努力。在这场斗争中，制药者显然输了。今天，这个名词的使用证实了这一点。"毒品"这个词同物质滥用的联系似乎可以追根溯源至 19 世纪末叶。如果我们试图在医学文献中查找该词此种释义的最早用法，那我们最好从《医学指南》中开始查找。这是约翰·肖·比林斯于 1879 年创办的一种全球医学期刊文献导读性月刊。[2] 《医学指南》前四卷惟一与'物质滥用'有关的主词是'酒

157

① W. A. 克雷吉和 C. T. 奥尼恩斯：《引言、补编和参考书目》(出处同上)，(牛津，1933 年)第 1 卷，第 687 页。

② 有关《医学指南》的来历和历史，见约翰·B. 布莱克等人编：《医学指南百年，1879—1979 年》（马里兰州贝塞斯达出版公司，1979 年）。如查阅该刊创办宗旨和方式以及起初的期刊索引目录，可见《医学指南》1897 年第 1 卷第 1—28 页上的有关材料。

精中毒”，它似乎是“神经系统疾病”门类中的一个小标题。在1883年出版的第五卷中，这个小标题扩大为“酒精中毒和鸦片上瘾”。不久，该标题又变为“酒精中毒、鸦片成瘾及其他”。这里的“其他”反映出日益增加的关于上瘾的毒品，如烟草和可卡因的文献。

然而，在早期出版的几卷《医学指南》中，如果仔细审视一下列在那些标题下的小题目，并没有一个小题目提及“吸毒上瘾”、“毒品瘾”或相似的一些名称。这几期出版物关注的主要是单个的、特定的毒瘾，如酒精中毒和注射吗啡瘾。1897年发表的一篇文章的标题首次涉及了广义上的“毒品瘾”。而就在同一年，《牛津英文字典》开始面世，它对毒品一词给了传统的定义。① 此后，人们在一年里开始读到几篇文章，这些文章的标题使用了毒品瘾、瘾君子、吸毒病人、吸毒瘾、滥用毒品等术语。

1907年所有这些文章全都发表在美国的杂志上。《医学指南》是国际性出版物，但该出版物上似乎没有任何材料可以证明1908年以前，美国以外发表的文章的标题曾涉及“毒品”这个词（或外文中的对应词）的上述用法。1908年，一本南非医学刊物发表了一篇文章，这篇文章在标题②中提及了“吸毒瘾”。当然，这并

①《医学指南》1897年第20卷第153页。引文属于F. X. 德库姆，药草在H. A. 海尔主编：《实用医疗体系》中，4卷本（费城，1891—1897年出版），第4卷（1897年），第795—817页。我发现在《医学指南》所引的早期材料中，至少有一个我尚未找到。可见卡尔·弗雷斯的《毒瘾》，载于J. C. 威尔逊编：《美国医生和学生使用的实用医疗教本》（费城，1896年）第59—72页。

②《医学指南》，第2辑第6卷（1908年），第428页。引文出自于C. 麦克·基钦的“以鸦片和吗啡的图解作为对毒瘾治疗”，载《南非医疗档案》第6卷（1908年），第33—35页。

不意味着当时别的国家没有以同样方式使用过"吸毒瘾"这个术语。例如在1903年英国的一本出版物的正文中，曾出现过"吸毒瘾"这个字眼。毫无疑问，我们还可以举出使用该术语或类似用语的其他例子。① 不过，如果人们认定，是否在出版物标题中采用某个用语是衡量该用语流行与否的标准，那么，来自《医学指南》的事实表明，（至少从医学文献角度来说）"吸毒瘾"这一用语首先是在美国流行起来的。

然而，直到第一次世界大战前后，或大战前不久，把毒品这个词同滥用结合在一起，即使是在美国，也没有得到广泛的采用。例如，在1916年以前，"吸毒瘾"作为一个术语并未出现在《医学指南》的索引中，甚至也没有作为'麻醉瘾'（该术语已渐渐取代了旧日的'鸦片瘾'）的参照词出现过。三年后，"吸毒瘾"才成为索引中的主要条目。② 无独有偶，我们发现"吸毒瘾"这个术语也是直到1923年才作为标题主词头出现在美国军医处长图书馆出版的目录索引第三辑中。③ 而第二辑中包含有"D"字母词条的那一卷是在1899年出版的。由此观之，在1899年到1923年期间，"吸毒瘾"这个术语不可能补充到书中。

158

出版于1915年的《期刊文献读者指南》第三卷涵盖了从1910

① 亨利·坎贝尔："酗酒研究：回顾与展望"，见《英国酗酒杂志》，第1期（1903年），第5—14页，见第11页。

② "主题索引"，载《医学指南》，第2辑，第14卷（1916年），第96页；出处同上，第2辑，第17卷（1919年），第118页。

③ 《美国军医处长图书馆索引目录》，第3辑（10卷本，华盛顿特区，1918—1932年），第4卷（1923年），第736—741页。

年到 1914 年的文献,[①]“吸毒瘾”作为一个分类标题第一次出现在该卷中。这一事实表明一战前后,“吸毒瘾”一词的上述用法已开始在民众中和医学文献中广泛采用。而出版于 1913 年 1 月的《纽约时报》索引第一册已经将“毒品罪恶”一词作为标题主词。[②]《不列颠百科全书》无论在美国还是在英国都是一部有影响、大众化的资料工具书,而‘麻醉药’这个术语直到 1910 年面世的第 11 版才作为一个词条出现。除了从医学角度对该词条做阐释外,《不列颠百科全书》还补充了如下内容:在特定的意义上说,‘麻醉药’往往既用来特指‘麻醉品’,又用来特指‘毒品’。因此,‘服麻醉药’就意味着失去知觉或服毒品。[③]”由此可见,到 1910 年,人们已经普遍把麻醉药这个术语等同于麻醉品,以至《不列颠百科全书》这部最著名的英文百科全书也不能不提到这个事实。

为什么从固定的提法到特定的问题,如从较一般的提法到吸毒瘾的鸦片瘾,这种转变会发生在这个时期呢?

对这一问题很难有一个明确的答案,但我们至少可以确定几种可能有关的因素。

前面从《不列颠百科全书》引证的说明使人联想起这个含义的来源之一。尽管在 20 世纪之前“麻醉药”这个名词显然并没有广泛地用来取代像麻醉剂这样的术语,用以指滥用或上瘾,但是作为动词吸毒与企图使人麻醉或毒害某人相联系,有着长期的历史,在

①《期刊文献阅读指南(合订本)》,第 3 卷(纽约,1910—1914 年;1915 年出版),第 762 页。

②《纽约时报索引》,第 1 卷,第 1 册(1913 年 1—3 月号)(纽约,1965 年重印版),第 64 页。

③《不列颠百科全书》,第 11 版(29 卷本)(纽约,1910 年版),第 7 卷,第 597 页。

《不列颠定义》指出了此用法。1897 年出版的《牛津英文字典》曾给动词吸毒列出了两个与麻醉品相关的定义：1，把药品(尤其是麻醉品或毒品）同食物或酒精饮料混合掺杂在一起。2，特指为了麻醉某人或毒害某人而给其服药。本书在解释上述两个定义时所引用的最早材料是莎士比亚在 1605 年创作的《麦克白》，该剧中有这样一段话"：我给他们的牛奶甜酒上面撒了麻醉药。'[①]

使用意味着麻醉剂的麻醉药，这种用法是由上述动词的早期用法派生而来的，或至少从早期用法那里找到了依据。这一点从 20 世纪 20 年代对医业作评论的美国一本药物杂志的下列引文中得到了支持"：正如这种医业的辩护者所坚持认为的那样，在'使人昏迷'的意义上使用'麻醉药"，是长时间确认下来的，而且在古典文献中可以找到这种用法，那些杰出的作家们也认可了这种用法。'[②] 这可能是真实的。 159

如果说，人们很久以来就把动词吸毒和麻醉品管理联系起来，那么，名词麻醉药与麻醉品或类似物品在很大程度上同义，也就不令人奇怪了。也许，有一个问题令人百思不得其解：为何在 19 世纪结束前，上述用法没能流行开来？

我们可以在当时的医学文献中找到该问题的答案。随着 19 世纪 80 和 90 年代的进步，许多物质引起医学界的注意，因为它们潜在地使人上瘾日益超出了传统的鸦片和酒精。《医学指南》杂志

① 詹姆斯·A.H. 莫瑞，亨利，布雷德利·威廉·A. 克雷吉和 C.T.奥尼恩斯等人：《英语历史起源词典》，10 卷本（牛津，1888—1928 年），第 3 卷（1897 年），第 1 册，第 687 页。

② "麻醉药'和'麻醉品"，载《太平洋药物概览》，第 34(3)卷（1922 年 3 月），第 9 页。

在其主题词索引中使用“等等”这个词，表明该杂志收录的文章中所涉及的引人上瘾的麻醉药种类越来越多。查阅一下 19 世纪 80 和 90 年代《医学指南》各期的标题，我们不难发现，这些文章有相当一部分与滥用物品有关。这些滥用物品包括鸦片、吗啡、酒精、烟草、可卡因、乙醚、咖啡、苦艾酒、三氯乙二醇、大麻麻醉剂、乙酰苯胺和聚乙醛。无疑，医生们正在努力寻找一些术语，以上这些药物滥用问题联系起来，能包括这个普通的问题。事实上，从当时许多文章标题所使用的诸如 voluntary intoxications、diseased cravings 和 morbid longings 这类术语中，人们可以明显看出药理学家们的这种努力。[1] 而一旦吸毒瘾（毒瘾）这个名词提出后，人们就能看到为什么这个名词会对许多讲求科学的有智力的医生产生吸引力，这是因为该名词比起病态、疾病的渴望和切望来更为精确、更易为人理解。尽管外行人极少关心用词的精确与否，但像吸毒瘾和吸毒魔这类术语对于理解这个日益严重的问题而言，仍不失为有用的、简单明了的称呼。

19 世纪晚期和 20 世纪初期，美国医学界和公众对麻醉药的滥用现象越来越关注。有证据表明，从美国南北战争结束至 19 世纪末这段时间，美国开始兴起吸鸦片热，甚至在 1900 年左右吸鸦片比例已开始下降以后，当局和私人统计仍倾向于夸大吸鸦片者的人数。除此之外，正如许多历史学家所指出的那样，吸鸦片者本身的形象也发生了变化，从为治病而偶然吸鸦片的中产阶级受害者变成了纯粹为追求感官上的快感而吸鸦片的犯罪分子和离经叛

① 见《医学指南》，第 2 卷（1889 年），第 359 页 出处同上书，第 12 卷（1890 年），第 329 页 出处同上，第 14 卷（1892 年），第 14 页。

道之徒。公众对此现象的担忧增加了。[①]

针对那些对麻醉品和其他麻醉药上瘾的不幸行为，许多改革家发动了一场激烈的运动。此举导致了 1914 年《哈里森抗麻醉品法案》的通过，并进而对该法案进行严格诠释，不再给予医生们维持现有瘾君子恶习的权力。在这场运动中，展现在公众面前的往往是报纸上毒魔和瘾君子的大字标题及通俗杂志上的此类故事。[②] 有时，俚语 dope（麻醉剂）在大众文学中被用来指称被滥用的物品，但'麻醉药'这个词也往往成为 dope 的同义词。而在当时的医学文献中，由于 dope 很难称得上是一个科学名词，因而需要精选出某个术语来概括这类问题。

到 20 世纪 20 年代，一些美国药剂师对"麻醉药"这个词被赋予了越来越多的负面含义表示了关注。他们要求采取措施，纠正这个问题。由于在当时的美国，药房即是药店，药剂师们即是药店店主，因此该行业从业人员担心麻醉药的公众形象问题，也是可以理解的。而某些药剂师和药店偶尔卷入非法出售麻醉品的丑闻本身也强化了人们的这种关注。[③] 此外，根据新近颁布的禁酒法修正案，药房成为酒精的主要合法供应商，一些同行因此担心这样一来会给公众造成消极印象，特别是如一位药剂师所提到的那样，如

① 关于这个时期美国瘾君子人数及观念的讨论，见戴维·F. 莫斯托所著：《美国疾病：麻醉品控制的起源》增补版（纽约，1987 年）；戴维·T. 科特怀特所著：《黑色乐园：1940 年以前美国的吸食鸦片热》（马萨诸塞州，坎布里奇，1982 年）；H. 韦恩·摩根所著：《麻醉药在美国：一部社会史，1800—1980 年》（锡拉丘兹，1981 年）。

② 报纸和通俗杂志上此类故事的典型样本见加利·席尔弗编：《毒品纪事，1850—1950 年》（旧金山，1979 年）。该书主要收录的是报刊文摘。有关报刊文献，见前面所列《读者指南》和《纽约时报索引》之类的索引。

③ 科特怀特：《黑色乐园》，第 51—52 页；摩根：《麻醉药》，第 102 页。

果有许多同行开出许多“虚假”药方的话。①

161 这个时期制药界一位主要领导人是在威斯康星大学担任药剂学系主任的爱德华·克雷默斯博士，他似乎曾为反对滥用“麻醉药”这个术语而进行过单枪匹马的斗争。② 在位于麦迪逊的威斯康星大学接受制药和科学方面的本科教育后，克雷默斯前往德国继续化学方面的研究生专业学习。他于 1890 年获得哥廷根大学的博士学位。回到美国以后，他加入到威斯康星大学药剂学系教师的队伍中，并于 1892 年成为系主任。

到 20 世纪 20 年代，克雷默斯已经被承认为美国药剂学教育界的一位改革家。在这一时期，各种出版物的编辑经常用“麻醉药”这个词来替代麻醉剂或类似用语，克雷默斯在目睹了这种现象后，开始给编辑们写信。例如，麻醉剂教育协会曾出版过一本论述鸦片问题的小册子，该书认为对于患者来说，鸦片不失为一种“科学”的治疗方法。克雷默斯就此于 1923 年致函麻醉剂教育协会，他在信中质问道：“如果这篇文章真是科学般地精确，那为什么你要用‘吸毒瘾’这个词呢？要知道，并非所有的麻醉药都易使人上瘾。近几年来对麻醉药这个词的滥用将会使所有的麻醉药都背上黑锅。’③

同样,他也曾就《民族》杂志所发的一篇文章于 1929 年致函该杂志编辑“:作为一位药剂学家,我对随意使用‘麻醉药’这个词的 162

①见“我们会成为卖酒商吗”，载《美国药商》杂志，第 69 期(1921 年),第 40 页。

② 关于克雷默斯，见乔治·乌当“:爱德华·克雷默斯(1865—1941)美国药学教育的改革者”,载《美国药学教育杂志》,第 2 册(1947 年),第 631—658 页。

③ 爱德华·克雷默斯 1923 年 3 月 31 日致麻醉品教育协会的信函复印件，引自克雷默斯的资料档案(下称 KRF),档案编号为 c46(i)I 美国威斯康星-麦迪逊大学 F. B.鲍尔药学图书馆。

现象感到气愤。麻醉药并不等同于麻醉品。现代法律意义上所指的麻醉品有一百种，如果没一千种麻醉药，也就不会有麻醉品立法的根据。’①

克雷默斯在他致编辑们的信中不仅不时地抨击对“麻醉药”这个词的滥用，还经常对某些反麻醉品势力的普遍观点提出挑战。他本人相信麻醉品禁令在限制用途方面不会比禁酒令更为成功，在他看来，禁酒令似乎使 20 世纪 20 年代的酒类消费量有所下降。克雷默斯指出，即使全世界所有的鸦片种植园都被毁掉了，这种麻醉药仍然有其合法的治疗用途。他感到为了满足需要，在小型实验室里研制人工合成麻醉药的方法应该加以推广。他还对反麻醉品的十字军们把问题归咎于外国人感到气愤，在他看来，那些受贪欲驱使而去贩卖违禁药物的美国人更应该对这种局面负责。②

制药界对滥用麻醉药术语所作的斗争，最初有组织的努力也许是由《太平洋麻醉药概览》杂志发起的。1922 年 3 月，该杂志宣布,由于‘麻醉药’这个词已被广泛用来指麻醉品,因此它开展一场运动来反对这种做法。该杂志社的编辑就此问题致函药剂师们、报纸编辑们、政界人士以及要求与他们合作搞清合法使用麻醉药与非法使用麻醉药的区别的其他人士们。编辑们在杂志中还用几页篇幅要求药剂师们自己组织起来，与所在地报纸的编辑进行交涉，因为他们确信新闻媒体曾经是滥用现象的罪魁祸首。《太平洋

① 爱德华·克雷默斯 1929 年 5 月 3 日致《民族》杂志编辑的信函复印件，KRF，编号 c46(i)I 美国。

②所举事例出处同上；爱德华·克雷默斯 1924 年 4 月 10 日致《第波恩独立自主者》杂志编辑以及 1923 年 4 月 13 日致麻醉品教育协会的信函复印件，KRF，编号 c46(i)I，美国类。

麻醉药概览》援引了描述违法现象的报纸标题，指出正是由于新闻舆论，公众才渐渐地把“麻醉药交易”同犯罪行为挂上了钩。①

20 世纪 20 年代药剂师们关注另一次反对滥用麻醉药术语的示威，是由麻醉药交易公共信息委员会发起的一场运动。该团体是一个公共关系组织，代表着 1920 年建立起来的制药行会。委员会是由制药界八个全国性团体组成，代表了从药房零售商、医药批发商到医药制造商诸方面人士。② 其领导人是罗伯特 · P. 菲谢利斯，他曾在费城药学院主讲过药品经济学，还曾在纽约有一间咨询办公室。此后不久，菲谢利斯又成为新泽西药学院院长，继续在制药界扮演着一个非同寻常的角色。③

163 1922 年 6 月，该委员会向全国 500 家报纸发出呼吁，希望得到报纸的支持，在有关非法使用麻醉品的报道中努力消除滥用“麻醉药”一词的现象。这项呼吁以该委员会信息处“会刊”的名义散发，采用的是菲谢利斯致函各报主编的形式，菲谢利斯写道：这份呼吁“不一定是为了发表，而是为了给您手下的编辑们提供参考”。该呼吁提醒报纸，麻醉药这个术语涵盖了所有用于治疗或缓解疾病的物质，麻醉品仅代表着其中的一小部分，更何况麻醉品在医疗上的使用在当时还受到了严格的限制。这项声明要求编辑和记者

① “麻醉药’和‘麻醉品”,载《太平洋麻醉药概览》,第 34(3) 期(1922 年 3 月),第 9 页“;提‘麻醉品’戒提‘药物’”一文,出处同本书第 207 页注释①,第 16—19 页。

② “毒品交易公共信息委员会”,载《美国药商》,第 68(4) 期,第 70 页(1920 年 4 月)“;为向公共传递信息,八个全国性协会组成一个公共信息委员会”,载《药商通讯》,第 66 期,第 148 页(1922 年 4 月)“;毒品交易公共信息局”,载《美国药商》,第 71(2) 期,第 24 页(1923 年 2 月)。

③ 关于菲谢利斯,见罗伊 · A. 玻尔斯和戴维 · L. 考恩所著:《鲁特格斯大学药学院:一个世纪的历史》(新泽西州,新不伦瑞克,1991 年),第 220—221 页 约瑟夫 · W. 恩格兰编:《费城药学院第一个一百年,1821—1921 年》,第 427—428 页(费城,1922 年)。

们在有关麻醉品或“毒品”的报道中使用麻醉品或麻醉药字眼。像“药贩子在围剿中被擒”这类标题将会损害合法的药品交易。菲谢利斯写道：

> 我们相信，您将不难理解在描述某些非法行径时使用“麻醉药”一词（该词涵盖的是合法的活动范围）将会给该行业合法的部分带来损害……所以说，因滥用“麻醉药”一词而给整个行业抹了黑，这显然是不公平的。公众会从此将任何一种药同毒品或麻醉品联系起来，同时也顺理成章地将毒品贩子和制药界人士联系了起来。①

当这项致报纸的呼吁在1922年7月的《美国药剂师和药理学报告》原文发表后，药品交易委员会的努力在制药界引起了很大反响。②

滥用麻醉药一词的问题也成了全国药品零售商协会（NARD）1922年年会的关注焦点。该协会是麻醉药交易委员会的会员单位之一，本次年会于9月份在底特律召开。NARD是药店店主的组织，但并非所有的药店店主都是注册药剂师。安布罗斯·亨斯伯格在大会主席致辞中指出，人们正在努力说服报纸，每当用麻醉药指麻醉品或“毒品”（dope）时，都应该使用合适的术语“麻醉品”。

①来自毒品交易公共信息委员会新闻处的一期既未注明期数，又未注明日期的公报刊登了出自罗伯特·菲谢利斯的“致总编辑的信”，存有毒品交易公共信息局文件的保险柜，现存放在华盛顿特区美国制药协会档案室内。根据本页注释②引证已公布的有关该会刊的材料，我们可以推断这本会刊出版时间为1922年6月。乔治·格里芬黑根曾为我查找并提供了这些文件以及本书第215页注释①所引述的会刊，在此一并表示感谢。

②“报纸强烈要求不继续滥用‘麻醉药’一词”，载《美国药商》杂志，第70(7)期，第43页（1922年7月）。

他对听众说：

> 这场运动在某些方面取得了成功，但也遇到了一些问题，有人对“麻醉品”和“毒品”（dope）这两个词语是否适用提出了异议，他们认为“麻醉品”这个词太长了，不适用于做报纸标题；而“dope”则是一个俚语。考虑到目前大部分报纸所使用的语言，后面这种异议似乎不能成立。我在此建议我们这些会员们利用每个机会，来鼓励本地报纸使用合适的术语或“dope”这种字眼。如果我们不断地使用，最终会将这种字眼补充到我们的语言中，从而使我们不必再使用意思含混的术语。①

164 该协会公共关系委员会在其大会报告中还对因滥用麻醉药一词而给制药行业带来的损害深感痛惜。委员会乐观而又不无天真地宣称，“如果公众了解‘麻醉药’一词既适用于可卡因，也适用于奎宁，那么这种滥用现象将会得到彻底根除”。②

费城理查德·A.弗利广告代理公司的总裁查尔斯·H.艾尔斯是参加此次会议的人士之一，他是约翰逊兄弟公司的代理，而约翰逊公司的许多产品是供药店出售的。当时，弗利广告代理公司已经为约翰逊公司发动了一场旨在树立药商形象的攻势，在这场攻势中，他们提出的一个口号是：“药商不仅仅是一位商人，——不信的话，可先到药店里看一下”。艾尔斯显然说服了约翰逊公司，使该公司对纠正滥用麻醉药一词的努力给予了

①安布罗斯。亨斯伯格：“主席致辞”，载《N. A. R. D. 杂志》，第35期，第54—59页（1922年），引文引自第55—56页。

②“公共关系委员会的报告”，载《N. A. R. D. 杂志》，第35期，第98—99页（1922年），引文引自第98页。

支持。

艾尔斯曾致函大约 400 家报纸杂志,随信附上了《美国药商》杂志 1922 年 7 月号上刊登的一篇社论，该社论通过事实说明不能用麻醉药来作为麻醉品的代称。艾尔斯以此来提请出版发行人注意这个问题。他声称，总的来说，人们对他信函的回应多持合作态度。许多出版物影印了《美国药商》的这篇社论，或以相同见解发表了自己的社论。然而，如果从他一篇论述该问题的文章中所归纳的部分答复来看，我们会发现艾尔斯所谓的“许多支持与合作信函”其实是相当含糊其辞的。当《萨克拉门托相聚》杂志通知艾尔斯，他们已经采取了这样的措施时，下面这些言语在其他报刊的答复中则屡见不鲜：来函已详阅，我已口头将它传达给编辑部成员。或许要用很长时间才能打破过去使用这种词语养成的习惯；药店在今天看来非常重要；我们对这个问题非常感兴趣，已经花了很大精力同‘dope”进行斗争。由于艾尔斯最感兴趣的显然是炫耀他发动的攻势所取得的成功，因此，他断言他所得到的都是较为积极的反应，这也是可以理解的。①

艾尔斯关于这场运动的自我庆幸的论文，其发表既是为了促进作进一步的努力，也是为了宣扬他的广告代理公司。文章声称，滥用术语的问题已经得到纠正，部分地是这场运动的结果。不过，事实表明，在使麻醉药一词不再与非法使用麻醉品和其他滥用物质发生联系的过程中，这场运动收效甚微。吸毒瘾、吸毒成癖、麻醉药交易之类的字眼在媒体上仍然举目皆是。②

①《纠正对“麻醉药”一词的滥用》，第 14 页，载费城理查德 · A. 弗利广告代理公司推出的宣传手册上(未注明时间),副本存放于 KRF ,编号为 c34(d)I 麻醉药类。

② 见本书第 208 页注释②。

165 20 世纪 20 年代在美国制药界兴起的这场运动原本旨在消除药剂师眼中的滥用“麻醉药”术语的现象，但这场运动在短短几年时间里就悄无声息了。美国制药协会在 1930 年的年会上通过了一项决议,要求报纸在当天新闻涉及麻醉品时,应该用“‘麻醉品’或‘麻醉剂’之类的词来取代‘麻醉药’这种名称”。这或许是制药界的最后一次努力了。①

当然，用我们今天的眼光来看，制药界人士们显然输掉了这场运动。他们本以为自己能够教育公众“纠正”对麻醉药一词的用法,使之不再与滥用品发生联系,显而易见,这种想法过于天真、过于乐观了。今天的药剂师以及公众仍然不得不面对着该术语的双重含义。制药界内部的一些团体也曾做过努力，试图以一种不同的方式解决这个问题。即在医疗范围内用一个全新的术语取代“麻醉药”一词。例如,在 1987 年，美国制药协会发布的标准术语列表要求:“当着眼于治疗性质时”,药剂师们应该使用‘药’和‘药物”这类术语，避免使用麻醉药这个词。②

在 1974 年《关于美国麻醉药的使用》报告中,大麻和麻醉药滥用问题全国委员会将“麻醉药”一词在医疗范围和社会范围的使用作了明确而又不失实用的界定。委员会指出，从社会意义上来看，麻醉药一词并不是一个中性概念，其有价值的内涵部分反映在诸

①《美国制药协会杂志》，第 19 期(1930 年),第 526 页。另见《麻醉药交易公共信息委员会公报》,1930 年第 12 期(1930 年 5 月 29 日),存在麻醉药交易公共信息委员会文件的保险柜内，现放在华盛顿特区美国制药协会档案室内。

② 乔治·B. 格里芬黑根：“有关美国制药协会标准术语”备忘录（1987 年 1 月 1 日），副本由作者拥有。在此谨向为我提供该备忘录的迈克尔·哈里斯和乔治·B. 格里芬黑根致谢。

如“麻醉药问题”这样的词组中。[①] 如果我们试图扭转整个风气，我们也许不会比 20 世纪 20 年代的药剂师们取得更多的成功。我们现在惟一可以做的就是仔细地界定该术语的使用范围，了解此种用法的诸多内涵。

①大麻和麻醉药滥用问题全国委员会，《关于美国麻醉药的使用：问题透视》（纽约，1974 年），第 9 页。

第九章

从 19 世纪到 20 世纪 60 年代英国制药工业中的研究开发活动

朱迪 · 斯林

导　　言

今天国际制药业的成功，是建立在为治疗和治愈疾病更好的新药的发现以及把它们推广到世界各地市场上的。新的药品必须在全世界销售，因为没有公司能够开发一种专利产品，并单靠自己的国内市场完全收回研究和开发成本，即使在两个最大的国内市场美国和日本也不例外。任何公司成功革新的能力主要取决于其财力，尽管在新药品的发现上也有运气因素。成功进入世界市场取决于产品及其巧妙销售以获取最大回报，这反过来为进一步的研究和开发提供了资金。

英国制药业的历史及其研究和开发能力的提高，在 20 世纪后期国际制药界占有重要地位，可以对 19 世纪后期以来的三个时期方便地进行反复思考。分期的标志是两次世界大战，每次大战都为制药业和其中的各个竞争对手带来了技术和组织上的重大变

革，也为研究和开发提供了促进因素。

从 19 世纪后期到 1918 年

英国人对专利药品的热衷在 19 世纪就很有名；据一位观察者说：“英国人比任何其他民族更容易受到万灵药前景的迷惑，世界上也没有任何国家的医生能挣到这么多的钱。”[①]从 19 世纪早期起，丸剂形式的万灵药生产商，例如比彻姆和霍尔韦，为他们的产品找到了一个更大、现成的市场。这类药丸通常是用几种简单的成分制造的——芦荟、姜末和脂肪酸盐是比彻姆药丸的组成成分——尽管精确的配制方法是严格保守的秘密；它们造价低廉，被大肆宣扬对从发烧到癌症的各种疾病都效果良好，结果让那些生产商大发其财。

与此同时，医学和科学知识的进步对促进制药业的发展也起了作用。按照后来的标准，它的产品可能看起来最好的是天然的，最坏的确实很危险，但它们都是得到公认的药品。随着 19 世纪慢慢过去，它们也把基础建立在对所用植物和矿物质化学组成和性质更好的理解上。例如，1806 年从鸦片中分离出吗啡后，到 1820 年又鉴别出其他生物碱、吐根碱、士的宁、番木鳖碱、奎宁和金鸡宁。即使如此，医生和药剂师还是极少把它们开入药方，来用于减轻疼痛和疾病的其他症状的目的。

随着生活水平提高，不断增多和日益城市化的人口的需求也在扩大,促进了 19 世纪下半叶制药业的扩张。医生的服务对大多

① 蒙塔古夫人，引自 W. A.坎贝尔，《化学工业》（哈洛，1971年），第 116 页。

数工人阶级来说仍很昂贵，而药剂师或药商那里的药品对更多的人来说则买得起。

到 19 世纪 80 年代，制药业由许多中型企业和小企业组成。有些是合伙的，有些是股份公司，但大部分是家族所有和管理或受到家族的影响。它们的业务是进口植物和矿物原材料，从中提取和精炼药品成分。然后它们把这些装好，分发给国内外的批发商、药剂师和医生。它们自己配制一些药剂，用药水、药粉或药丸的形式供货，从 19 世纪 90 年代起更经常的是用药片的形式。①

它们中的一些企业已经从零售业务发展成制药活动。成为艾伦-汉伯里斯的公司产生了两个制造业机构；1806 年，洛克·霍华德和威廉·艾伦友好地结束了长达九年的合伙关系，不受约束的霍华德独立地在伦敦东区的斯特拉福德用自己的名字建起一家工厂，后来成为备受尊敬的化学药品生产企业。② 19 世纪 70 年代，艾伦-汉伯里斯获得了在贝思纳尔格林的工场设施，这使该公司可以用比它在伦敦中部药剂厂所允许的更大的规模来生产。③ 托马斯·莫森继承了他父亲在弗利特·马克特蒸蒸日上的进口、批发和零售药剂业务，后来移到伦敦北部的一个工厂，发展了生物碱的

170

①用机器把药品成分压缩成药片的方法是在 19 世纪 80、90 年代德国和美国发展起来的。美国的方法被布罗斯-韦尔科姆公司带到英国，1884 年把“Tabloid”（药片）一词登记为其商标。见 G. 麦克唐纳：《追求卓越。韦尔科姆 1880—1980》（韦尔科姆基金会，伦敦，1980 年）。

② G. 特威代尔：《在黎形符号上》，载《艾伦-汉伯里斯和英国制药工业 1715—1990 年》（韦尔的斯坦福，1990 年），第 33—35 页。也见 P. J. T. 莫里斯和 C. A. 拉塞尔编：《英国化学工业档案 1750—1914 年》（英国科学史学会，韦尔的斯坦福，1988 年），第 103—104 页。

③ 特威代尔：《艾伦和汉伯里斯》，第 72—73 页。

生产。①

阿瑟·考克斯靠着他发明的和获得专利的一种无味的药丸包衣，在布赖顿建起一家零售药剂店，1871 年他把商店交给他的儿子，自己开办了一家独立的制造企业，也是在布赖顿。② 杰西·布特的连锁药店是从他在诺丁汉的第一个基地开始发展起来的，他在 1885 年开办了一个小型的制造部门，来供应他的商店；这是一家小型企业，而且一直保留到 20 世纪末，它生产一些那时受到欢迎的咳嗽、伤风和流感用的专利药品。③

其他公司,如梅-贝克④和惠芬父子⑤（两家在巴特西都有工厂）开始成为制造药商，不再参与零售。势力雄厚的制造商之间的关系是建立在合作精神而不是竞争上的。梅-贝克的威廉·贝克 1897 年告诉《药剂师与药商》杂志说，他的公司从未进行奎宁交易,尽管受到强烈诱惑,因为它与霍华兹有着‘友谊关系”。后者在奎宁上的声誉很高，奎宁是 19 世纪大部分时间里霍华兹最赢利的产品。⑥

制药业里的竞争受到各种协定的调节，从 19 世纪 80 年代起，这些协定涉及了像水银、樟脑、铋和乙醚之类的产品。 1902 年关

① J. 利布诺:《托马斯·莫森》,载 D. 杰里米编:《商业传记词典》,第 4 卷（伦敦，1985 年）,第 346—387 页。

② J. A. 斯林:《药丸和药品》。《A. H. 考克斯有限公司 1839—1989 年》（A. H. 考克斯有限公司，1989 年）。

③ S. 查普曼:《布兹的杰西·布特》（伦敦,1974 年）,第 61—62 页。

④ J. A. 斯林:《梅-贝克历史 1834—1984 年》（剑桥，1984 年）。

⑤ J. 利布诺:《托马斯·惠芬》,载 D. 杰里米编的《商业传记词典》,第 5 卷（伦敦，1986 年）,第 763—765 年。

⑥ 引自斯林的《梅-贝克历史 1834—1984 年》。关于霍华兹和奎宁，见莫里斯和拉塞尔《英国化学工作档案》，第 103 页。

于水银制剂的协定是这类‘协定’的典型,正如人们所知,虽然参加者都是英国人，许多协定都是国际性质的。五家制造商确定了他们将遵守的水银制剂的最低售价，并且同意以过去三年半的销售量为基础，各自保持交易的市场份额。① 限定价格和配额的卡特尔协定在这一时期渗入重化学工业，②并在两次大战期间的精制化学药品工业中变得越来越平常，而不是相反。③

1889 年发表在《药剂师与药商》上的关于梅-贝克的加登沃夫工厂的描述，可能是那时制药业的制造活动中相当具有代表性的。

我们直接走进了一个有巨大的干馏釜和沸腾的熔炉的地方。我有趣地看到，一个我无法拿动的铁砣漂浮在一个水银池子中（水银制剂是那时惟一已知的治疗梅毒和其他常见性病的药物）。我在樟脑制作工棚里被呛得差点噎住，那里时常失火，那时只能让它

171 烧掉，变成熊熊火焰。我对有毒化合物感到毛骨悚然，在我四周用大桶小桶装的都是挥发性的升汞、硝酸和其他类似东西，与它们相比，硫酸就柔和得像是母亲的奶汁。有人给我看一大箱纯乙醚，把我的手放在开关下，感觉像粘着了北极的冰山。

然而，在一个方面它有所不同，该报道继续说道：

在我离开之前，我要找出索佛那和……非那西汀之间的不同，后者是一种类似白色的粉末，对像神经痛之类的疼痛有直接的作用，被认为是一种麻醉剂。自从非那西汀为一位工人减轻疼痛并让他入睡后，工人们对此深深信服，那工人是在

① 大伦敦市议会档案：惠芬档案，B/WHF/25。

② 见 W.J 里德:《帝国化学工业历史》,第 1 卷(牛津，1970 年)。

③ 见 L.F. 哈伯:《化学工业 1900—1930 年》(牛津，1971 年),第 272 页。

他激动时被什么倒霉的汤烫伤了手。①

止痛药非那西汀是德国化学药品公司弗里德里希·拜耳公司开发的第一种药物产品，1888 年特许梅-贝克在英国生产和销售。一年后拜耳开发了镇静剂索佛那，又特许梅-贝克为英国市场生产。② 然而，这一特许协定只延续了几年，因为随着拜耳药物产品业务拓展，它对在英国销售其药品作了一些其他安排。

这两种药品的发现和投产充分反映出德英两国制药业的明显不同。非那西汀和索佛那是拜耳研究和开发的成果，像该公司的生产活动和其同类的德国精制化学药品制造商的生产活动一样，它们是在英国以想象不到的规模下进行生产的。19 世纪 80 年代,拜耳雇用 1000 左右工人（梅-贝克雇用大约 100 工人),另外在研究部门有将近 30 名化学师。③

化学在染料和合成药品之间建立了密切联系，而拜耳在染料工业上技术和财力的成就为它进入药品业务打下了基础。1896 年拜耳建立了一个独立的制药部门，次年就制成和投产阿司匹林。另一家德国染料公司霍奇斯特通过推出止痛药安替必灵，比拜耳先进入制药业。19 世纪 90 年代，通过与德国细菌学家埃米尔·冯·贝林和罗伯特·科克合作并为他们提供支持，霍奇斯特开始

① 《化学家和药商》,1889 年 5 月 4 日,第 613 页。

② 关于拜耳，见 L. F. 哈伯：《十九世纪的化学工业》(牛津,1958 年),第 134—135 页。斯林：《梅-贝克历史 1834--1984 年》。

③ 关于蒂勒的访问见斯林的《梅-贝克历史 1834—1984 年》。关于拜耳见 J. 利布诺的《20 世纪早期制药商行的工业研究和发展》,载《商业历史》,第 26 卷,第 3 期(1984 年 11 月),第 327—346 页。也可见哈伯：《19 世纪的化学工业》,第 132—133 页。

生产贝林发现的治疗白喉和破伤风的浆液。①

在英国,从 1895 年起,艾伦–汉伯里斯通过与李斯特研究所的联系，开始销售这些生物药品，但没有生产。然而，利物浦的埃文斯父子莱施尔–韦布有限公司（后来的埃文斯医学公司）进行了生产，它与利物浦大学的医学科学家们已经开创和建立一种关系。该公司也为利物浦病理学研究所提供支持，而且在 1911 年研究所关闭时买下了它的工厂和设施。在与一个大学部门建立这样一种联系上，埃文斯如果在那时不是独一无二的话，那它在制药业内也是非同寻常的，但是这并没有导致公司自己进行革新。② 布罗斯·韦尔科姆（见下文）也制造生物药品。

少数几家公司在制药业中的源起，上文已经讨论过，在这个时期它们雇用一个或两个以上合格的化学师或药剂师；那些被雇用的人基本上从事材料和产品的日常检验。 1858 年《医药条例》规定，医学总理事会应当提出“一份药品和成分的清单、配制的方式，以及配制和混合药品的准确分量”,③此后制定了药品成分配制更高的标准。1864 年第一部《英国药典》公布了，药品和精制化学药品制造商随后更加重视达到药典规定的标准。与此类似，本世纪 1922 年的《危险药品条例》、1933 年的《药品和毒物条例》,以及后来 1968 年的《药品条例》都要求更高的标准，这就导致了制药业中任用更多取得相应资格的人士。

考克斯仍是一个很小的家庭企业， 1904 年聘用第一位合格的

① 哈伯:《19 世纪的化学工业》,第 132—133页。

② 利布诺:《研究和发展》。

③ L. G. 马修斯:《英国药品史》(伦敦,1962年),第 67—88 页。

化学师在配药部门工作。[①] 19 世纪 90 年代,杰西·布特建立了一个分析实验室，但除了质量监督外，它人数不多的工作人员主要关心分析竞争者的专利药品，以便布兹公司提出新的和／或成本更低的配方。[②] 惠芬和莫森在 19 世纪 80 年代都建立了实验室，但是没有一家公司超出常规抽样检验的范围。[③]

19 世纪 90 年代,梅-贝克更加热衷于参与为淘金业生产氰化物的冒险，而不是探索新药品。这一冒险证明是一场商业灾难，在本世纪的初期，公司又把注意力转向它早有基础的草本制剂业务和矿物盐的开发。然而，它的科学专业水平仍微不足道，那时它没有雇用多于一个的有资格的化学师。[④]

多元化对艾伦-汉伯里斯也有吸引力，19 世纪 90 年代该公司在赫特福德郡的瓦尔大力投资新的生产设备。虽然一些大宗草本制剂——药鼠李和甘草——是在瓦尔生产的，但该工厂主要是为婴儿奶类食品和麦芽产品而设的，这些东西公司最近才开发出来，而且在市场很受欢迎。艾伦-汉伯里斯有一段时间在它的贝思纳尔·格林工厂有一个实验室，但那里进行的工作，像在伦敦东区霍华兹工厂实验室的工作一样，继承的是“化学上绅士般优哉游哉的传统”。[⑤] 它远非已在德国发展起来的研究、发明和销售的体系。

173

卡尔·杜斯伯格 1883 年担任拜耳的研究化学师，1911 年成为这家两年后已是德国最大化学药品公司的总经理和董事会主

① 斯林：《药丸和药品》。
② 查普曼：《布茨化学家》。
③ 利布诺：《商业传记词典》,第 4 卷和第 5 卷：关于莫森和惠芬的词条。
④ 斯林：《梅-贝克历史 1834—1984 年》。
⑤ 关于艾伦-汉伯里斯,见特威代尔：《艾伦-汉伯里斯》；引文出自利布诺前引书。

席。[①] 1913 年，他在那年的《化学消息》上用今天仍为大多数人认可的词语描述了德国的这一特点：

> 为发现一种新的药剂，并让它突破商业的障碍走上顺畅的道路，需要一个多么好的机构，需要多么无限的知识，以及必须花费多么巨大的精力啊！首先，我们需要一个设施完备的化学实验室，然后需要一个药物学研究所，有在医学和化学上受过训练的工作人员，大量的来做实验的动物，最后——这一领域的最新发展——需要一个化学治疗学和细菌学部门，它是根据保罗·埃里希的思想设置的（见 225 页）：所有这些相互之间必须保持密切联系。在许多刻苦努力后，像平常一样，选择出来的发现物应找到进入生产部门的途径，那里的每一个最细微的细节都必须论证清楚，达到至善至美的程度。现在科学部门的艰苦工作开始了！这里必须找到适当的主办人，这里所有的偏见必须搁在一边，并发起广泛的宣传活动。下一步，许多临床医师和从业者必须进行探索，以便在寂静的工作间里开发出来的东西，能像一艘大船一样稳稳地驶入市场的激涛怒海。最后，是精明的销售人员的事了。如果这种已经耗费了如此巨资的新药品要上市并打响，销售人员必须挣回足以支付无数实验全部费用的钱。[②]

① 关于杜斯伯格，见哈伯：《19 世纪的化学工业》，第 187—188 页和哈伯《化学工业 1900—1930 年》，第 128 页。

② 《化学新闻》，1913 年 5 月 23 日，第 246—247 页。引自利布诺：《工业研究和发展》。

这个时期英国制药业缺乏研究设施和革新有许多原因。这些包括专利立法不如德国那样有利于革新，以及英国的科技教育制度。直到 19 世纪 80 年代所作的改变发生作用前，英国不像德国那样有“不断增多的受过良好训练的化学师”走出学院、服务于工业。[1] 英国不能发展技术先进的足以与德国竞争的染料工业，这些因素也有影响。哈伯对化学药品工业特点的论述恰当地说明了这种状况：“英国染料工业的历史令人失望，先是成功(19 世纪 50、60 年代),接着是长期的但又不可抗拒的衰落。”[2]染料工业对制药工业的重要性不仅在于它们之间化学上的联系，而且还有财经关系；染料基本上非常赢利，而传统的草本制剂只有有限的利润。

在美国,也没有值得一提的染料工业,像英国一样,到 1880 年她发展的也是主要以草本制剂产品为基础的传统制药工业。在接下来的二十年中，制药公司迅速发展；科学、特别是化学原理和知识运用于生产，促使各种分析实验室的成立。但是，像英国一样，并不存在德国那样规模和范围的研究。[3]

然而，正是美国的两位制药企业家 1880 年来到英国，建起一个将在英国制药业中扮演重要角色的企业。在决定在英国建立自己的企业以前，赛拉斯·布罗斯和亨利·韦尔科姆都是受到良好训练的药剂师，他们的企业是要用美国成功地运用的药片形式来生产压缩药品。19 世纪 80 年代，他们开始在英国生产,1889 年移到达特福，此后那里成为韦尔科姆公司的主要生产基地。他们建立起大规模的出口贸易，并且于 1894 年创办了韦尔科姆生理学研

① 哈伯：《19 世纪的化学工业》,第 71 页。

② 同上,第 162 页。

③ 利布诺：前引文和《医学科学和医药工业》（伦敦,1987 年）。

究实验室。两年后公司成立韦尔科姆化学研究实验室，这时继 1895 年布罗斯去世后公司由亨利·韦尔科姆单独控制。韦尔科姆实验室的研究工作和发现意义重大，由于它为制药业其他公司，包括布兹、格拉克索和梅–贝克公司提供了胜任的、有经验的、研究科学家，扮演了供应者的角色。

韦尔科姆本人对热带病有着持久而又强烈的兴趣，这反映在 1902 年在喀土穆开办了最早的韦尔科姆热带病研究实验室。韦尔科姆的企业从流动的实验室到海外分公司，范围很广，而且继续如雨后春笋般地在增多；尽管直到 1924 年它们才合并为一个私人公司韦尔科姆基金有限公司，但 1913 年在伦敦就为各个独立的研究机构设立了一个协调组织，这就是韦尔科姆科研局。①

1914 年战争的爆发突然切断了来自德国的药品和染料供应。其中 1913 年进口的价值 200 万英镑的药品（同年也出口 240 万英镑）是一些基本药品。阿司匹林是进口药品之一，因此许多英国公司开始生产阿司匹林，包括霍华兹和一家以前专门制作香精的 W. J. 布什公司。② 在建立新的生产设施和招聘合格的科学工作人员后，布兹除生产非那西汀和阿托品外，也开始生产阿司匹林；以 F. H. 卡尔为首的几个科学工作者就来自于韦尔科姆的研究实验室。③ 合成药品的短缺鼓励了其他的公司开始生产；门莱–詹姆斯 1916 年在坎伯韦尔开始生产，这是 A. J. 怀特有限公司的一家

①麦克唐纳：《韦尔科姆》。

② 哈伯:《化学工业,1900—1930 年》,第 150 页。关于霍华兹见莫里斯和拉塞尔《英国化学工业档案》,第 103 页。

③查普曼:《布茨化学家》,第 96—97 页。在与布特的一场争论后，卡尔于 1918 年离开该公司，并且在与他的小组一些人商量后,去了英国药房,第 141 页。

下属公司，1908 年后已在营销专利药品。[1]

不再能够从德国进口的药品之一是治疗梅毒的第一种良药洒尔佛散。这是细菌学家保罗·埃里希多年研究的结果，他得到精制化学药品公司卡塞拉和霍奇斯特的资助。该项研究目标是要找到一种“神奇的子弹”，来攻击和推毁致病的有机体。这种杀死有机体的化合物洒尔佛散和新洒尔佛散的发现被霍奇斯特采用，1910 年开始商业性生产。[2]

因预料到性病将是武装部队中的一个问题——最后人们估计，五分之一的战斗人员染有性病[3]——英国政府迅速地提议保证替代供应。1914 年在英国能够生产这种化合物的惟一一家制药公司是布罗斯–韦尔科姆有限公司，它得到贸易局的特许，用卡尔西佛和新卡尔西佛的名称制造和销售化学成分上与霍奇斯特那些产品完全一样的产品。与此同时，第二个特许给了法国波伦兄弟公司，让其生产亚砷苯和新亚砷苯。该药品在英国的供应由梅–贝克负责，它已是波伦兄弟公司的多年代理，而且在波伦的帮助下它自己开始生产。为适应该目的的需要，1916 年梅–贝克开始在旺兹沃思的一个工厂里生产这种杀死致病有机体的化合物。

生产并非没有问题：

> 洒尔佛散的制剂（以及英国和法国的含砷化合物）使得从

① 莫里斯和拉塞尔：《英国化学工业档案》，第 207 页。

② 哈伯：《化学工业，1900—1930 年》，第 131—132 页。

③ A. J. P. 泰勒：《英国史 1914—1945 年》（牛津，1965 年），第 121 页。关于洒尔佛散，也可见 M. 罗布森：《英国制药工业和第一次世界大战》，载 J. 利布诺编：《新技术的挑战：1850 年以来英国商业的革新》（奥尔德肖特，1988 年），第 83—105 页。

苯胺或酚开始的多阶段的过程以及在每一个阶段上成为必要，但重要的是在快要结束的阶段，附带的反应会产生杂质，这是无法防止而且很难除去的。因此埃里希制定生物学检验标准，所有德国药品在投放使用之前，都必须通过检验。①

176 在英国,韦尔科姆、波伦和梅-贝克生产的有机砷化合物的检验,是由 1913 年成立的医学研究委员会（后来的医学研究理事会）进行的。该委员会求助于韦尔科姆生理学实验室来配备其研究班子，并从正在研究麦角碱的那组科学家中招聘了三人，麦角碱研究项目后来发现了几种重要的新药。② 其中的一位科学家阿瑟·尤因斯 1917 年被说服离开医学研究委员会，加盟梅-贝克,担任万兹沃思工厂的总化学师；他的任务是要为该公司组建一个研究和开发部门。

因此，第一次世界大战极大地促进了英国制药工业建立起一种研究开发的能力。

从 1918 年到 1945 年

在美国，战争也意味着制药工业被迫更多地自力更生。此后两次大战之间的年代里，规模大得多的公司开始出现，有时是通过合并，有了更大的财力投入研究和开发。默克在战争期间与德国母公司脱离，成为一家美国公司， 1927 年与费城的鲍尔斯-韦特

① H. J. 哈伯:《化学治疗的历史》(梅-贝克，1978 年),第 12 页。
② 麦克唐纳 前引书,第 73 页。

曼-罗森加腾制药公司合并。联合后的公司 1929 年销售额将近 300 万英镑。对比之下，在英国艾伦-汉伯里斯的销售量 1920 年达到 100 万英镑，但此后下滑；而且这一数字无论如何都不单是药品的，还包括公司经营的婴儿食品、麦芽食品、外科设备和其他方面,这充分证实认为公司是'万物供应商'的描述。梅-贝克的药物销售量直到 1943 年才达到 100 万英镑大关。专门生产药丸、规模要小得多的阿瑟·H. 考克斯公司到 20 世纪 60 年代后期也未达到 100 万英镑的销售额。[①]

在德国，成立很久的药品公司如默克、谢林和里德尔也发展很快，部分原因是兼并了其他更小的公司。到 1928 年谢林和默克各有大约 3000 名雇员。与此同时，因染料上的利益而进入药品工业的化学公司开始合并。拜耳、巴迪希苯胺和苏打、霍奇斯特 1925 年合并了其他五家化学药品公司，组成德国化学工业公司（IG Farben）这些公司的制药业务使 IG Farben 在制药业中的地位举足轻重。[②] 在英国，包括英国染料公司在内的四家公司于 1926 年联合成立帝国化学工业公司（ICI）,这不但是对 IG Farben 出现的一种回应，而且也是对美国化学公司大联合作出的反应。然而，直到第二次世界大战爆发之前，ICI 大多数的力量都集中在重化部门，而药品则被该公司严重忽视。[③]

177

对于英国的制药公司（他们 1914 年以前的由来和发展已经作过研究）来说，为了老的传统的产品，要求仍很强劲。消费者对专

① 关于默克,见《默克·夏普-多姆》,默克简史,1992 年。关于艾伦-汉伯里斯见特威代尔，关于梅-贝克和考克斯见斯林。

② 哈伯:《化学工业,1900—1930 年》,第 284—289 页。

③ W. J. 里德:《帝国化学工业历史》,第 2 卷（牛津,1975 年）。

利药品的偏好反映在像比彻姆之类的公司销售额和利润的增长上，它于 1926 年开发了比彻姆药粉。虽然这家公司本身只聘用了一名分析化学师(从 1924 年起)，它的利润使它从 1937 年起能够资助伦敦皇家北方医院的比彻姆实验室。然而，直到第二次世界大战期间，该公司才真正进入制药工业，并建立起自己的研究和开发部门。[①] 但是随着专利药品的生产，这一时期研究和开发能力不断提高，投入市场的新药品数量也日益增多。

最初的这些新药之一是胰岛素，这是 1922 年在加拿大成功开发和生产、治疗糖尿病的一种荷尔蒙药品。英国的胰岛素商业生产是由四家公司进行的，它们与在英国获得专利权的医学研究理事会达成协议。这四家公司是布兹、韦尔科姆、英国药房和艾伦-汉伯里斯。最后两家于 1923 年建立了伙伴关系，英国药房进行生产，艾伦-汉伯里斯则负责分析工作和包装。英国药房 1908 年由几家批发药店合并而成，这时已建立起生产设施，并从事研究和开发。当 F. H. 卡尔和他的那批研究化学师（最初来自于韦尔科姆）于 1918 年离开布兹时，英国药房聘用了他们。[②]

卡尔和他的助手们离开布兹后，该公司直到 1927 年都只有四位研究化学师。这年公司聘请一位新的研究实验室主任。此前在韦尔科姆研究实验室工作、来自曼彻斯特大学的 F. L. 派曼博士带着五位研究化学师来到布兹。当时该公司归美国药品公司所有，

① M. 罗布森：《制药工业》(博士论文，伦敦大学，1989 年)，第一部分，第 38 页。也可见 H. G. 拉泽尔：《从药丸到青霉素。比彻姆历程》(伦敦，1975 年)和 T. A. B. 科利：《世界制药工业中的比彻姆集团 1914—1970 年》，这是 1993 年 7 月在利兹商业历史学家联合会的协会会议上宣读的论文，将发表于《商业历史》。

②关于胰岛素见特威代尔：《艾伦和哈姆》，第 127－130 页。关于卡尔的离去，见查普曼：《布茨化学家》，第 141 页。

直到 1933 年。然而，在它重归英国所有后，杰西・布特的儿子,即第二位特伦特勋爵对公司的贵族式管理从 1933 年一直延续到 1945年，但他的兴趣在于销售方面。生产和研究开发因此又成了“该企业的灰姑娘”。[①] 178

至于韦尔科姆，它的历史学家写道，两次大战之间的年代是“一个有些停滞的时期”。然而,该公司的声誉仍然很高,而且它是在英国最早生产胰岛素的。在开发实验室里，强心的葡糖苷——毛地黄毒苷从毛地黄属的叶子中提炼出来，[②]热带病药品上也有一些新发现。两次大战期间英国制药工业的两个最重要的发展，可能一是梅-贝克成立不久的研究部门取得的成果，一是一个新来者格拉克索进入了制剂工业。

在阿瑟・尤因斯博士(见 229 页)的领导下,梅-贝克的研究人员在战争刚结束后的年代里增多了。到 1927 年万兹沃思工厂和实验室有四位合格的化学师和两位药剂师，此外还有六位助手，其中一些人具备大学毕业生的能力，并在兼职攻读学位。该公司得益于它与波伦兄弟的联系；后者的研究实验室成立于 1903 年,法国化学师厄内斯特・福诺在那里一直工作到 1911 年,那年他另任巴斯德研究所化学治疗实验室主任。梅-贝克的万兹沃思工厂开始生产波伦的专利药品，包括麻醉剂和疫苗，以及一战开发出的含砷化合物。在得到美国洛克菲勒研究所的特许后，该工厂于 1925 年也开始生产锥虫胂胺这种药品；这是洛克菲勒研究所开发出来治疗嗜睡病的。

① 查普曼:《布茨化学家》,第 193 页。
② 麦克唐纳:《韦尔科姆》,第 29—30、74—75 页。

第一次世界大战结束后不久梅-贝克主要家族持股人的去世，导致了 1927 年波伦兄弟购买梅-贝克公司的协议（波伦已在该公司里持股）。然而，1928 年波伦兄弟本身已与罗纳工厂化学公司合并，后者购买了梅-贝克公司。在达根汉姆建立新厂的决定是 1932 年罗纳-波伦做出的。这家工厂按着法国的计划建造，接受法国的技术建议，1934 年 4 月建成供梅-贝克搬入。

I. G. 法本的一位研究部主任格哈德 · 多马格克调查研究了偶氮染料普伦托西的治疗效果，1935 年他使用它挽救了备受败血病痛苦的女儿的生命。一年后，对磺胺类化合物的研制工作在梅-贝克的研究部门开始，在 1937 年晚些时候，第 693 号化合物——179 M-B693—— 合成成功。试验很快表明，它对治疗以前的不治之症细菌肺炎非常有效，因而在一战之前几年和战争期间被广泛使用。研究部门继续研究磺胺药品，开发出一些其他磺胺类化合物，尽管没有一种药物的反应有 M-B693 大。① 梅-贝克由于 M-B693 的发现在英国国外药业界的声誉大大提高。要衡量革新和研究开发活动，从不是一件容易的事；专利提供了一个指标，1936 年和 1947 年间梅-贝克取得四十项专利，布罗斯-韦尔科姆只有六项，英国药品公司有七项，布兹和格拉克索（见下文）各得十二项和十三项。②

然而，不只是在新生物药品和新合成药品领域。在两次大战间的年代才有许多新发现。自 19 世纪 70 年代以来，研究在继续，并着手开发最初称为“辅助食品基因”后来成为广为人知的维生素

① 斯林：《梅-贝克历史 1834—1984 年》，第 122—126 页。

② 罗布森：《制药工业》，第 16 页。

的这一产品。[①] 研制维生素的工作吸引了 J. E. 内森公司的格拉克索部门的注意。内森公司为一批新西兰商人所有。它在本世纪初年开始生产奶粉，经过尝试和失误后发现公司最好的市场是婴儿食品。1908 年投产的格拉克索婴儿食品，在第一次世界大战期间需要量大增，但是一些奶粉的质量很差，因此最关心那部分生意的兄弟亚历克·内森聘请一位专业的化学师兼药剂师哈里·杰夫科特来处理这个问题。[②]

杰夫科特和从韦尔科姆招聘来的艾尔弗雷德·巴卡拉克以及两位胜任的研究人员一起，成立了一个实验室，并为格拉克索婴儿食品制定了质量控制程序。他接着把注意力转向营养科学方面所进行的研究工作，其中一大部分是在美国进行的。在 1923 年访问美国期间，杰夫科特获得了一项使用提取维生素 D 制作方法的特许权，这是哥伦比亚大学的西奥多·杜鲁克博士开发出来的。第二年，内森公司的格拉克索部门生产和上市了它第一个药物产品维生素 D。五年后格拉克索又从美国得到特许权，用紫外线照射麦角甾醇的改进方法（斯廷博克方法）来生产维生素 D.

20 世纪 30 年代，格拉克索在它有限的药品种类上增加了其他的维生素产品，并在国内和海外销售。正如其他药品公司如艾伦-汉伯里斯和梅-贝克已做的一样，这促使格拉克索建立海外分公司,主要是在不列颠帝国的附属国,如澳大利亚、加拿大、印度和南非。对格拉克索部门来说，进一步的发展受到研究人员少和总 180

①关于这一研究的总结见 R. T. P. 达文波特-海因斯和朱迪。斯林：《格拉克索：到 1962 年的历史》（剑桥,1992 年）,第 68—71 页。

②关于这一点和接着的对格拉克索进入制药工业的论述，见：《格拉克索：到 1962 年的历史》。

公司财政状况差的限制。除亚历克外，内森兄弟们也不全心全意地致力于药品生产，尽管它比公司销售到美国和新西兰的其他业务获利更多。杰夫科特因而（主要在美国，但也在挪威）寻找能让格拉克索获得生产特许证的产品。他的研究人员非常专心工艺开发，这使他们在第二次世界大战之中和之后的时期受益匪浅。

20 世纪 30 年代后期格拉克索花在长期研究上的费用平均每年大约 5000 美元，用于资助一些研究，包括合成维生素 A 的尝试；那些有关的人无疑认为这一数目太少，但是更多的资金显然是不可能得到的。1935 年格拉克索改组为一家私人公司后，它与几所大学的化学系建立了密切的关系，到 30 年代末，随着在格林福德新建了专门的工厂和实验室，格拉克索在制药工业中奠定了稳固的地位。

尽管在两次大战之间的年代里制药工业在总体上取得了进展，但是 1939 年战争的爆发再一次切断了迄今从德国进口的药品供应。有一种治疗虐疾最佳良药阿的平曾是德国产品，在政府的鼓动下，布兹、ICI 和梅–贝克合作开发治虐疾药品，特别是梅帕克宁。在格林福德，格拉克索分析、研究、开发和生产了德国放射照相的媒质和麻醉药的替代品。

战争也导致一个合作研究机构的形成，这就是成立于 1941 年的治疗研究协会(TRC)。布罗斯–韦尔科姆董事会主席 T. R. G. 贝内特倡议组建 TRC，其成员最初是布兹、BDH、布罗斯–韦尔科姆、格拉克索和梅–贝克。1942 年 ICI 新建一个药物部，也成为 TRC 的一员。然而，TRC 成员们发现，由于研究和新产品方面长期形成的竞争，保密和怀疑的旧习，合作并不是容易达到的事，但

TRC 在二战期间英国青霉素生产的发展上的确起到了重要作用。[①]

治疗革命从 1945 年到 60 年代

国际制药工业中的研究和开发优势在大战期间明显转移到了美国。默克、斯奎布以及制药业的新来者菲泽开发出通过深发酵而不是在英国使用的表层培育法来生产青霉素。默克还研制出治疗肺结核和其他疾病的良药链霉素，进而在鉴别治疗恶性贫血基因维生素 B_{12} 上险胜格拉克索。帕克·戴维斯在 1947 年发现了第一种宽谱抗菌素——氯霉素，之后很快就有其他抗菌素，包括菲泽和夏那米德在 1953 年发现的四环素。1941 年和 1963 年间新药品发现大约 60%是在美国，瑞士将近 8%，德国 6%，而英国不到 5%。[②] 美国这一压倒性的主导地位在 20 世纪 70 年代有所下降，在 1970 年和 1983 年期间美国制药工业总共占了新产品的大约 40%。[③] 在德国，IG 法本在战后解体，拜耳、巴迪希和霍奇斯特重新崛起为单独的公司；在瑞士，后来成为汽巴-盖吉和霍夫曼-拉罗歇的公司是主要的竞争者。

181

在 1945 年以后的年代里，英国制药公司急于开展和扩大活

① 关于英国青霉素的发现和开发，见《格拉克索：到 1962 年的历史》，第 6 章和第 385 页引用的资料。关于 TRC 的作用见 J. 利布诺：《英国在青霉素上的成就》，载《科学的社会研究》，第 17 期（1987 年），第 69—86 页。

② W. D. 里基：《制药工业经济学》（伦敦，1975 年），第 24 页。

③ 见 R. 巴伦西、J. 波加尼和 H. 福斯特纳：《世界制药工业》（纽恩特，1992 年），第 88 页。该表显示，瑞士占 12.9%，居第二位，德国和英国各占 10%，瑞典、意大利和日本也有较大份额。

动，但它们自己发现由于受经济状况、仍在实施的战时管制以及政府的态度和政策的约束不能这样做。从英镑到建筑材料什么都短缺，限制了它们在短期内修复战争破坏和新建设施的能力；它们对新厂址和原材料来源的选择也受到限制。到战争结束时，格拉克索是英国最大的青霉素供应商，而且通过与默克和斯奎布达成协议，迅速获得了美国深发酵生产青霉素的技术。然而，格拉克索的新青霉素工厂建在巴纳德·卡斯特尔，是政府而不是公司的选择，因而增加了生产成本。政府也能对青霉素价格施加压力让其下跌，尽管到 1950 年已不再需要那样做，因为世界范围的产量大增已使所有的青霉素产品价格暴跌。50 年代，因政府定价，疫苗价格一直很低，工业界被迫在英镑区而不是在美元区①寻找原材料供应，例如可的松药品的情况就是这样。

1948 年国家保健事业的实施增加了对药品的需求，同时它使政府密切关注药品公司开列的价格。整个 50 年代和 60 年代，制药界是在不断的检查中度过的，从吉尔博委员会 1956 年对国家保健事业费用的调查，经过 1959 年欣克利夫委员会的那些调查，到 1967 年塞恩斯伯里委员会对制药业和国家保健事业之间关系的调查。1961 年美国的基福弗委员会调查引起的公众关注在英国也有反响。

182

制药界对拓展研究和开发的前景观点不一。梅-贝克 1954 年开始组建一个新的研究所，并于 1960 年建成，到那时为止，它拥有大约 350 名全职的研究工作者。该公司得益于战后与其母公司罗纳-波伦签订的一项关于技术转让和生产特许的协议，因而在 50

① 见达文波特-海因斯和斯林：《格拉克索》，第 186—189 页。

年代能够引进许多新产品。[①] 1950 年前后韦尔科姆从战后停滞中摆脱出来，并在贝肯汉姆获得了新的研究开发设施。比彻姆在 50 年代有效地扩大了其实验室，1954 年开始研制青霉素，并于 1959 年向市场推出最早的新半合成青霉素。[②]

在格拉克索，主要的观点要悲观一些：杰夫科特相信，只有通过“不断提高效率，并用极少或根本不用资金开支……制药业才能最好地有助于解决国民经济的问题，并消除通货膨胀的压力”，这决定了他对研究开发支出的态度。格拉克索的重点仍在于改进制造工艺和提高生产力，因而牺牲了长期预测研究。即使如此，据该公司 1952 年告知吉尔博委员会，格拉克索的年研究支出在 450 万英镑和 50 万英镑之间，这一数字与 ICI 和韦尔科姆的那些支出大致相同，尽管后者只花费了英国总研究经费的大约 60%。直到 70 年代，格拉克索仍严重依赖于美国公司的新产品生产特许权，并为此花去了不少的资金。

20 世纪 50 年代，格拉克索选择来衡量自己的正是美国公司，但是对比后表明，不管使用什么评判标准，格拉克索都比八家美国公司要小得多。它们使用更多的资本，拥有雄厚的资金周转和利润，享受丰厚的利润，而且是与技术研究和发展的比例相称的高额利润。[③] 它们中也有越来越多的公司和德国和瑞士公司积极在英国设立分公司，或直接成立公司，或通过购并较小的英国公司。在战后的二十年里，英国制药业发生了重大改组。许多成立很早、本文已讨论过其起源和发展的公司消失了。它们并非都归外国公司

① 斯林:《梅-贝克历史 1834—1984 年》,第 8 章。

② 麦克唐纳:《韦尔科姆》,第 75—77 页。关于贝汉姆，见科利的论文。

③ 达文波特和斯林:《格拉克索》,第 167—169 页。

所有了；法伊森斯 1947 年购买了惠芬，并且试图购买 BDH ,但没有成功。霍华兹 1961 年成为拉波特工业有限公司的一部分。令人惊奇地作为一个家族所有的公司生存下来的考克斯保持独立，直到 1984 年被霍奇斯特购买。

183 对无力抵抗美国兼并的担忧导致了 1958 年格拉克索和艾伦－汉伯里斯的合并。两年以后，当一家美国公司法伊森斯不受欢迎地接近埃文斯医学公司时，格拉克索集团购买了埃文斯。正如埃文斯董事会主席遗憾地指出的，“向着更大、而且非常大的单位发展的趋势……不可避免，因此必须接受”。①

结　　论

在上文讨论的购买活动之后，格拉克索又于 1962 年购买了爱丁堡药品工业，1967 年购买英国药品公司集团，并于 1968 年购买了法利斯婴儿食品公司。四年后，尽管格拉克索集团规模庞大，它发现自己成了比彻姆一项兼并计划意想不到的目标。这项计划，以及作为替代方案格拉克索迅速与布兹达成的防卫性联合建议提交到垄断委员会，但都因不符合制药业的最佳利益而遭否决。该委员会认为，不管哪一种联合后的规模和市场力量将会减少而不是促进革新。此后一些经验主义的研究已经证实这样的结论，即规模可能并不必然地与最好的研究开发活动联系在一起。②

从 20 世纪 60 年代中期起，格拉克索开始直接投资于基础长

① 引自《格拉克索》,第 173 页。

② 见里基：《制药工业的经济》,第 114—116 页。

期研究，与此同时开始重组其国际业务和国际关系。后者导致它于 1972 年决定在日本市场拓展其产品生产和销售。这也导致格拉克索取消与美国公司谢林-普劳的长期协议，并于 1978 年购买了在佛罗里达的梅耶实验室公司，进入美国市场。这些活动，加上七、八十年代公司研究计划带来的源源不断的新产品发明，使格拉克索进入一个显著增长的时期。① 80 年代，该公司从世界第二十大药品公司的排名（1981 年）上升成为第二大公司，紧随默克之后。

在最后的二十年里，研究开发费用稳步上升。与此同时政府强烈要求降低药品价格，因为美国和欧洲人口结构中包括一大部分老年人，政府医疗保健费用在不断增多。制药业的高增长率——1963 年和 1972 年间每年将近 10%—— 已经放慢，发明率也是如此；1961 年有 93 种新药面世，而 1980 年只有 42 种。八十年代中期开始了国际重组的一个新时期，发生了十起兼并案，其中有 1989 年史密斯·克兰·贝克曼和比彻姆的合并，而且出现了关于规模和研究开发活动之间关系的争论。 184

注　　释

本篇关于英国制药工业中研究开发活动的论述是根据作者的两篇论文写成的。第一篇涉及两次大战之间的年代，提交给了 1993 年 7 月 9—10 日在利兹大学召开的商业历史学家协会年会。

① 见保罗·吉罗拉米爵士：《格拉克索的发展》（格拉克索控股，1990 年）。埃德加·琼斯教授现在在英国科学协会商业历史部领导进行一个项目，研究过去三十年格拉克索的活动。

第二篇关于第二次世界大战之后，提交给 1993 年 11 月 19 日召开的，得到韦尔科姆基金会资助的英国科学协会商业历史部研讨会。[①]

① 见巴伦西、波加尼和福斯特纳：《世界制药工业》，第 4 章和第 183—186 页。

第十章

艾滋病、毒品和历史

弗吉尼亚 • 贝里奇

艾滋病，特别在其早期年代，是一种受到历史包围的疾病。历史学家们积极设法把“历史教训”带入公众议论里去。本文将围绕艾滋病考察不同阶段的历史认识（从最初阶段的“流行病”到现阶段的正常化），分析历史的关注点是什么，并且还将分析历史最初为什么如此重要。就艾滋病来说，这种历史意识并没有用于毒品政策。毒品在过去已是卫生保健政策的一个历史认识领域。但是艾滋病对毒品政策的影响相反没有从历史角度来观察，似乎所有的发展是全新的一样。研究这一状况产生的原因，将多少认清历史作为一门与政治有关的科学的用途。本文还认为，历史不仅能找出艾滋病出现前一些独特的问题和联系，而且在分析艾滋病出现后对毒品政策所起的作用。

艾滋病和历史：早期年代

艾滋病的初期历史非常明显。在 20 世纪后期，实验室和临床科学似乎已征服了传染的流行病。根据麦基翁的论文（在征服疾

病中该文强调营养作用而不是医疗技术的作用），医学发现和治疗可能并没有导致 19 世纪死亡率的下降，但在 20 世纪有重大影响。① 大多数医学史教科书都把从传染病到慢性病（癌症、心脏病)的转变看成是 20 世纪死亡率下降的主要原因。这一模式似乎很少可能改变。但是它突然改变了。在 20 世纪 80 年代早期，社会上许多人染上了一种新的主要传染病——艾滋病；它似乎可能发展成为一种异性接触流行病。在非洲，这已经是异性接触的流行病。关于艾滋病，没有任何事先已存在的信息网络、标准测试方法和成熟的专业知识。把这种疾病与"不正常的少数人"(黑人、同性恋、吸毒者）联系起来，似乎可能引起敌意的社会反应。在那个阶段艾滋病是个政策上开放的领域，政策上很可能受到广泛关注。因此，历史被认为可以发挥作用。参考过去流行病的情况可以给人们一些关于社会如何应付的概念，采取什么策略去避免，甚至这种特殊流行病的结果可能怎样。

在那些艾滋病的早期年代里，历史的贡献集中在三个不同的方面。它从过去社会如何对付流行疾病的观点看待"历史上相似之事"，例如 19 世纪英国或德国的霍乱流行病，14 世纪欧洲的黑死病，或文艺复兴时期佛罗伦萨的瘟疫。② 它们的类似之处是重大的流行病可能导致社会混乱，人口急剧减少，或对不正常的少数人可能公开有敌意。历史贡献的第二种形式是特别看待性传染疾

① T. 麦基翁和 R. G. 雷科德：《19 世纪英格兰和威尔士死亡率下降探因》，收于 M. W. 弗林和 T. C. 斯莫特编的《社会史论文集》(牛津，1974 年)。

② "艾滋病：一种流行病的社会关系"，《米尔班克季刊》，第 64 期(1986 年)，增刊 1 号；F. 莫特：《危险的两性关系：1830 年以来英国医学道德政治》（伦敦，1987 年）；R. 波特：《瘟疫和恐慌》，载《新社会》月刊，1986 年 12 月 12 日，第 11—13 页。

病方面的历史记载，因为尽管艾滋病是传染病，它也是性传染的疾病。历史学家注意这类疾病和受歧视的少数人（妓女、黑人）之间的历史关系。其他人则利用那段历史来得出当代特别的教训——对艾滋病毒阳性患者需要采取非惩罚性的处理方法，这种方法以自愿为基础。① 在英国，尤其重要的是 19 世纪的《传染病条例》，它试图通过实行性道德的双重标准（妓女而非其顾客要接受医学检查和隔离），来控制性传染疾病的传染，但是没有成功。此后——第一次世界大战期间的进一步发展——英国在这方面的政策是自愿和保密。②

《传染病条例》的例子指出了历史贡献的第三种形式，即公共卫生倡议的历史，以及在公共利益和个人自由之间卫生领域中对复杂的冲突所作的特殊的历史描述。当流传着要对艾滋病患者实行检查和隔离的说法，并且公众恐慌达到顶点时，讨论诸如 19 世纪强制种痘的斗争的例子似乎还是合适的。③ 关于这方面的历史研究材料数量众多。可以举一篇文章作为例子。 1986 年 12 月，189 历史学家罗伊 • 波特在《英国医学杂志》上写了一篇社论，标题为“历史向警察对艾滋病的反应说不”。它用《传染病条例》的历史先例，强烈反对把艾滋病加入需报告卫生当局的疾病之列。④

① A. M. 布兰特：《没有灵丹妙药。1880 年以来美国性病社会史，附有关于艾滋病的新的一章》（纽约和牛津，1987 年）。

② J. 奥斯托克：《英国的艾滋病和同性恋 历史透视》，载 M. W. 阿德勒编的《同性恋男子的疾病》（伦敦，1988 年）。

③ R. 波特和 D. 波特：《艾滋病 法律、自由和公共卫生》，载 P. 伯恩编的《健康、权力和资源：金斯学院研究集，1987—1988 年》（伦敦，1988 年）。

④ R. 波特：“历史向警察对艾滋病的反应说不”，载《英国医学杂志》，第 293 期（1986 年），第 1589—1590 页。

历史先例说“不”。因为与随便传染的疾病不同，性接触传染病是一种特殊情况，其中直接的法律方法已经尝试过，发现没用，就放弃了……极端的疾病可能需要极端的疗法。面对艾滋病将带来的巨大灾难，人道要求我们至少考虑采取严厉的措施，例如强制甄别嫌疑的病毒携带者以及进而停止保护其他艾滋病患者。

然而，经验表明，这将是不明智的。

与许多以历史观察为基础的文章不同，这篇社论引起了极大的兴趣。① 因为在那个时期这些争论不仅仅是学术性的。至少在英国的情况下，历史贡献看起来的确有一种政治影响。公共卫生专业在英国传统上已是拥有历史意识的专业。政府首届医务长官唐纳德·艾奇逊和英国医学协会都用性传染病方面的历史记录，作为 1987 年致下院社会事务委员会的证词中赞成自愿主义的一个理由。② 这类考虑也进入 1985 年围绕着艾滋病是否应该向卫生当局报告的疾病的讨论。③

历史的“正常化”

为什么历史在艾滋病政策发展的早期阶段如此突出？上文已经指出，艾滋病是一个开放的政策领域。公认的解决方法尚未找

① 多萝西·波特:《私人通信》。

②社会服务委员会：《社会服务委员会第三份报告。与艾滋病有关的问题》，第 1 卷。报告和证词记录。英国医学协会备忘录（伦敦，1986—1987 年），第 72 页。

③ 首席医务长官：《关于公共卫生状况》。首席医务长官 1986 年年度报告（伦敦，1987 年）。

到。因此，“历史的教训”比平时的情况更迫切地需要。而且由于别处已讨论过的各种原因，历史学家自己比以前更愿意扮演一个与政策有关的活跃角色。① 这种贡献的方式是否真实地是历史的恰当使用，是一个有待争论的问题。当然，多数历史学家认为历史的贡献是重要的。但是有些历史学家则认为，这种贡献更合适的是掀开围绕那些问题的性质的讨论，而不是用历史记录得出非常直接的“教训”。有些历史学家认为后者是对历史的误用，忽视了问题的整个性质。

在接着这种早期的历史意识之后的年代里，贡献的类型已发生变化。从那以后发生的是历史贡献形式的变化。在过去的两年里，艾滋病已从‘流行病’转为一种‘正常的’或慢性的疾病。异性接触流行病立刻降临的威胁消退了。这种病已变成正常的和被确立的一种病。有薪金的职业工作者取代了早期的自愿者；一种需要用叠氮胸苷长期治疗的带有试验性的“慢性病”模式取代了迅速致死的疾病的早期观念。② 作为早年的“流行病历史”的结果不再起很大作用了。因此人们认为，现在当前的紧急情况已经过去，“历史上相似之事”比它们的效用存在更长。当前的历史意识时期已经过去。但是一些历史学家已开始在艾滋病研究中发挥新的作用，通过艾滋病，它的任何一方面对总的卫生政策研究都有牵连。那种作用并没有局限在“历史前景上”或“历史的教训上”。它却集中在历史学家和历史方法分析当代的艾滋病史所能起的作用 190

① 关于历史学家紧紧地牵连到政策顾问的作用里的讨论，见 V. 贝里奇和 P. 斯特朗《艾滋病历史的相关性》，载《医学社会史》，第 4 期（1991 年），第 129—138 页。

② V. 贝里奇和 P. 斯特朗：《英国艾滋病政策初步分析》，收于 E. 菲和 D. M. 福克斯编的《艾滋病：一种慢性病的产生》（伯克利，1992 年）。

上。[①] 当前这种历史贡献是些什么呢？随着我们对这种疾病认识更加深入而较少恐慌，逐渐需要一种更长时期的分析方法，并且让问题自己表现出来。例如，艾滋病带来多大变化？它有多少是在先前政策和情势下固有的？它延续了多少，变化了多少？要回答这些类型的问题，我们需要与艾滋病有关系方面的史前史。但是也有重视当代史的另一种倾向。历史学家能够成为政策科学家，不只是分析遥远过去的事件，而且还分析最近过去的事，即"当代史"。这类研究已在几个国家开始，涉及到历史学家和其他学科。在美国，有人在写疾病控制中心对艾滋病的反应历史；在英国，有人对艾滋病政策发展进行全面的研究。[②] 艾滋病政策的发展正从跨国的观点来观察。[③] "艾滋病的前历史"研究已经探明了，例如，战时药物研究的问题，推断与艾滋病相似的病；或推断 B 型肝炎，在一些方面是艾滋病的先兆。[④] 这一当代史的功能根据从业者和地点的不同而不同。历史学家研究过去，在许多情况下仅仅是因为它发生了；那里没有理由要问为什么历史意识不能用于最近事件的分析，像分析许多久远的事件那样，尽管可获得的资料的衡量

① E. 菲和 D. M. 福克斯：《艾滋病的当代历史编纂学》，载《社会史杂志》，第 23（2）期（1989 年），第 303—314 页。

② 关于当前工作范围的例子和历史投入中一些发展的讨论，见 E. 菲和 D. M. 福克斯编：《艾滋病 历史的重负》（伯克利，1988 年），以及 E. 菲和 D. M. 福克斯编的《艾滋病：一种慢性病的产生》（伯克利，1992 年）。关于围绕艾滋病的当前历史问题的讨论，见 V. 贝里奇《艾滋病和历史学家,会议报告》,载《医学社会史》,第 2 期（3）（1989 年）。

③ D. M. 福克斯、P. 戴和 R. 克莱恩："职业主义的力量：艾滋病在英国、瑞典和美国",《达代罗斯》专号《与艾滋病生活在一起》,第 118 期（2）（1989 年）。

④ D. P. 亚当斯：《战时官僚体制和青霉素分配：化学治疗药委员会和其他代理商 1942—1944 年》，载《医学和相关科学历史杂志》，第 44 期（1989 年），第 196—217 页；W. 穆拉斯金：《静悄悄的流行病 围绕反对 B 型肝炎战斗的社会、伦理和医学问题》，载《社会史杂志》,第 22 期（2）（1988 年），第 277—298 页。

会有所不同。第二个功能被称做“迟到的新闻报道”，即了解已经发生事件的内幕情况。最后，还有与政策有关的实用功能——当代史提供的不是直接的教训，而是一种分析和评估。决策者可以使用的政策的方法论。在英国，这后一功能仍然值得怀疑，至少从各部门研究资助者的观点来看是这样。 191

毒品：历史和 20 世纪 60 年代

毒品也是艾滋病故事的组成部分。在艾滋病的冲击下，这一时期的历史意识是如何影响毒品和毒品政策这个方面的？答案是影响不多。清晰的历史贡献在过去就已进入毒品政策制定领域。在 20 世纪 60 年代和 70 年代，在另一个政策变动时期，历史记录起到了作用。焦点是美国的毒品政策。试图放松美国的毒品政策并引进美沙酮维持剂量、门诊治疗和医生的作用，这些努力都从英国和美国经验的对比中寻找理由。这种情况是如何发生的，需要作一简要说明。20 世纪 20 年代，美国实行了一种毒品控制的惩罚制度。1914 年《哈里森毒品法》的法律决定规定，保持开处镇痛药方是不合法的。吸毒者求诸犯罪的下层社会所控制的黑市药品，而给他们开药的医生可能会入狱。直到五、六十年代，才有人提出用吸毒者的疾病观点和医学治疗来代替刑事诉讼。玛丽·奈斯万德《作为病人的吸毒成瘾者》（1956 年）以及美国律师协会和美国医学协会的联合委员会报告赞成医学的态度。“英国制度”为维持医疗开药提供了可能，因而被看做是医学控制可能性的突出例子。1926 年的《罗尔斯顿报告》确认了这类开药活动

的合法性，人们认为它是英国吸毒人数较少的原因。[1] 像特洛伊·达斯特和埃德温·舒尔一样的改革者们认为英国制度是理想的，并且引用它起源的历史与美国发生的“错误转向”相对照。[2] 历史有如此的政治可见性，所以在一个时期，美国两个资助机构滥用大麻和毒品理事会和国家吸毒问题研究所都在支持关于英国毒品政策历史的大力研究。有人对 20 年代在美国一些城市建立的昙花一现的开药诊所感兴趣，它们涉及到六、七十年代美国毒品政策是明显的。[3]

作为结果，20 世纪 20 年代及后来英国毒品政策的历史成了政策改革者头脑中有力而美好的象征。罗尔斯顿和 20 年代为 60 年代的毒品政策提供了‘历史教训’;这正是《传染病条例》为 80 年代的艾滋病提供的。有些力量极力把毒品重新定义为医学治疗和控制问题，而不是刑事审判制度问题，他们利用罗尔斯顿作为历史榜样。所以人们提出证明说，英国 20 世纪 20 年代的经历表明了英国是如何从刑事处罚态度的边缘拉回来的。相反，英国采取了医学方法，得到的回报是四十年的低吸毒人数和最少的刑事案。罗尔斯顿成为美国毒品政策的“历史教训”。但是正如本文所证明的，历史不仅仅是教训问题。历史知识通过提出假设和验证假设而不断前进。在毒品上，持续不断的历史研究已对传统的解释提出了一些疑问。例如，在美国，《哈里森法》禁止毒品并不是惟一重

192

① V. 贝里奇:《毒品和社会政策 英国毒品控制机构，1900—1930 年》，载《英国吸毒杂志》，第 29 期（1984 年），第 210—217 页。

② T. 杜斯特:《道德立法》（纽约，1970 年）；E. 舒尔：《吸毒在英国和美国：公共政策的影响》（伦敦，1963 年）。

③ D. 马斯托:《美国病 毒品控制的起源》（纽黑文和伦敦，1973 年）。

要的因素。D. T. 考特赖特的研究表明，从 19 世纪末以来吸毒与犯罪和黑市结合在一起。[①] 在英国，“英国方法”就那么有医术吗？它真的是英国吸毒人数减少的原因吗？英国的研究强调指出，医学方法是在本国政府和国际控制的综合结构内发挥作用的。[②] 它本质上是吸毒人数少的结果，而不是其原因，是戴维·唐斯所称的“一种面对一个不存在的问题、巧妙无效的方法。”[③]医生们希望有一种医疗开药的制度，以便能维持他们与中产阶级顾客的关系。但这种历史解释的相互作用——真正的“历史教训”——在政治意义上影响相对较小。20 世纪 20 年代的事件象征的重要性已超出事件本身。例如在英国，70 年代后期围绕毒品政策又再起争论时，罗尔斯顿的传统解释又重新复活。[④] 因此，历史似乎只能提供教训，而不能提供政治发展的复杂迹象。

艾滋病和毒品：不存在历史吗？

艾滋病对毒品政策的冲击，没有引起标志着早期政策变动的历史争议。要强调的是，艾滋病对毒品控制机制的冲击本质上是一种全新的冲击。最近一篇关于英国艾滋病政策的论文，把毒品

① D. T. 考特赖特：《黑色天堂：1940 年前美国的鸦片瘾》（剑桥，马萨诸塞，1982 年）。

② V. 贝里奇：《历史问题》，载 S. 麦格雷戈编《麻醉药和英国社会》（伦敦，1989 年）；G. 爱德华兹：《英国对治疗吸食海洛因成瘾的态度》，载《柳叶刀》，第 1 期（1969 年），第 768 页。

③ D 唐斯：《容忍比较：荷兰、英格兰和威尔士战后刑罚政策》（牛津，1988 年）。

④ J. 马克斯：《开鸦片制剂，谁受益》，载《毒品联系》，第 2 期（6）（1987 年），第 17 页，重复了 20 年代的传统观点。

政策领域看做是以前的目标如何已被推翻的例子。① 其他评论者

193 则强调在最初时期在英国的情况下,毒品是如何‘介入进来的”,又如何与人们对公共卫生的极端担忧联系在一起的。②

艾滋病毒简化了争论，而我们现在看到，我将称为公共卫生范例的东西正在出现。不是把吸毒看成一种比喻的疾病，现在的确存在一个与注射毒品有关的、真正的医学问题。所有人一致认为，对于注射毒品者、他们的性伙伴和孩子来说是一个重大的公共卫生问题。

这为什么会这样值得讨论。作为一个新的、开放的政策领域。艾滋病吸引了最初广泛的历史关注。艾滋病也促使毒品政策进入变动状态——或至少提高和加剧了早已存在的紧张局面。不过历史关注多半都不存在。本文认为政策上有明显的连续性——但是政策目标在这里并没有因强调历史方面而得到满足。

现行的英国政策证明了与以前发展有关的一些直接的连续性；艾滋病有助于突出历时已久的许多方面。在一个政策变动的时期，自然会强调政策目标的革新和贯彻实施的方式。毒品领域政策目标的焕然一新，事实上就是保证它们为人接受的一种方式。但是也可以找到连续性和历史的相似之处。本文将集中于四个方面:正常化的作用和最低极限的危害;毒品再次成为‘公众健康’问题;60 年代和 80 年代的“流行病”比较；最后是医学和相关职业在毒品政策上的作用。正常化和最低极限的危害已被突出成为艾滋病出现后英国毒品政策的关键所在。与吸毒本身的危险相比，艾

① 福克斯、戴和克莱恩:《职业精神的力量》。

② G.斯廷森：《艾滋病和艾滋病毒：对英国麻醉药服务性工作的挑战》，载《英国吸毒杂志》，第 85 期(1990 年),第 329—339 页。

滋病由吸毒者传入普通大众的危险，是对民族健康的更大威胁，这一认识已成为新动态的基础。至少为用过的注射器换 100 次新针是最新动态的一种实际表现。这些换针提供了与诊所体系类似的全民保健体系雏型，并扩大了诊所体系。① 毒品服务已走出贫民区，融入正常服务范围的过程正在加快。服务受到鼓励，成为对顾客感兴趣，包括开给麻醉剂，而不是让人久等药方，以检验动机和以戒毒为导向的治疗哲学。

但是，这些目标本质上都那么新颖吗？艾滋病出现前毒品政策的最新历史表明，这些甚至在艾滋病出现前已是卫生领域的政策目标了,例如 1984 年 ACMD 关于《防止毒品》的报告；②艾滋病了结的是给予它们政治合法性和可接受性。从更长期的眼光来看,正是 60 年代后期到 70 年代的十年里,更多地出现了‘新的’开始。不开药方诊所政策的发展和医学界明显退出毒品治疗是根本的变化。艾滋病了结的是部分地恢复了 60 年代以前形势下的一些政策目标。这些目标中是关于吸毒危害的最低极限，这是 20 世纪 20 年代以来“英国制度”的一个明确目标。1926 年《罗尔斯顿报告》阐述了这一原则。③

194

因此，当现在可能的每一种努力都已做过，而且不能成功地使病人达到摆脱毒品的地步……在某些情况下定期开给必要的、最小剂量的毒品，以便避免严重的发病症状，或让病人维持一种能过

① V. 贝里奇:《艾滋病和英国麻醉药政策 历史再现》,收在 D. 温内斯和 P. 比恩编的《管理和开药：英国麻醉药控制的制度》（伦敦，1991 年）;G. 斯廷森、L. 奥尔德里特、K. 多兰、M. 多诺霍和 R. 拉特:《注射设备交换计划——最后报告》(伦敦，1988 年)。

② 《禁止滥用麻醉药顾问理事会》,载《预防》(伦敦，1984 年)。

③ 罗尔斯顿报告：《关于吗啡和海洛因上瘾部门委员会报告》(伦敦，1926 年)。

有益生活的状态，这可能是无可非议的。

80 年代政策实施的机制已经改变，但这一基本原则仍保持未变。

最低极限危害有两个层次的定义——单个吸毒者最低极限危害，以及通过防止病毒传染作为整个社会的最低极限危害。对一些评论家来说，这后一定义似乎是新的。艾滋病出现后的毒品政策已被认可为“新公共卫生”的一部分。① 但是与毒品相关的公共卫生的用语并不是新的。在这一点上像在卫生政策的其他方面一样，预防方法和治疗方法之间关系长期紧张。例如，在 19 世纪，作为公共卫生运动的一部分，较早的聚焦是在鸦片掺杂物、儿童吸毒和工人阶级吸毒上，这使得有关吸毒和疾病的医学理论把个体治疗作为正确的选择。“公共卫生”本身也不是绝对不变的。② 它的定义和外延在 20 世纪发生了变化，因为国家对社会问题干预性质的本身也已转变。七八十年代“新公共卫生”与 20 世纪早期公共卫生的社会卫生学家观点有许多相同之处。不管艾滋病出现之前或之后，毒品政策都强调卫生教育、自愿部门的作用和吸毒者对自己的行为和健康负有“正常的”个人责任，这都突出了再定义的关键因素。在艾滋病出现前，毒品和公共卫生形同对手，打打停停——从更长时段的观点来看也是如此。但是尽管断断续续地使用与毒品和烈性酒有关的公共卫生语言，在实际操作上吸毒治疗仍在公共卫生体系之外。艾滋病的出现是否会改变这一局面有待

195

① G 斯廷森和 R. 拉特：《英国的艾滋病毒、麻醉药和公共卫生 新词、旧典》，载《国际吸毒杂志》，第 26 期（12）（1991 年），第 1263—1277 页。

② J 刘易斯：《什么给公众用药定价？1919 年以来公共卫生的哲学、实践和政治学》（伦敦，1980 年）。

观察。

与公共卫生相互关系中的关键时期之一是 20 世纪 60 年代，这是政策变动的另一个时期。将两个“紧急”时期进行比较很有启发。例如，一位评论家就注意到，顾问理事会有关艾滋病和滥用毒品的第一部分报告和 1965 年布雷恩委员会有关吸毒的报告有类似之处。像禁止滥用毒品顾问理事会（ACMD)一样，布雷恩也为公共卫生方面毒品政策的变化辩护。吸毒是一种“社会传染病”，这种病“如果允许不受遏制地传播，将构成社会的威胁”。而布雷恩提出的治疗方法——包括将病人公布和强制治疗——是典型的公共卫生的反应。20 世纪 80 年代的毒品政策中要求在使吸毒危害最小极限但又不因此而促进吸毒之间保持平衡，这与布雷恩的想法相似，他要把预防传染的公共卫生目标转移到一种与个人治疗相一致的制度上去。[①] 治毒医生必须开鸦片制剂来抵制黑市，但是不能像黑市提供的那么多。这些不是 60 年代和 80 年代之间仅有的类似之处，人们还可以指出许多，如 60 年代和 80 年代研究和社会科学的作用开始增强；英美两国在研究的联系上，在近二十年来的政策相似性上也很明显；以及随着英国再次转向公共卫生的做法而不是负刑事责任，要求强制治疗的呼声甚至更加高涨。

最后，艾滋病出现后政策内部的权力关系发生了什么变化呢？初看起来，艾滋病造成了显著变化。毒品与卫生政策的其他方面如酗酒和心理健康一样，已从专家护理模式过渡到社会护理模式。更换针头和自愿机构作用的增强，提供了一种非医学的服务模式。

① “艾滋病毒优先考虑的事”,官方报告如此说,载《毒品联系》,第 3 期(3)(1988 年),第 6 页。

但是毒品政策中一个持久的主题是医生和国家之间的关系。而且,尽管 20 世纪 80 年代，尤其是在艾滋病出现之后，毒品政策明显“非医学化”，政策本身在那方面似乎变化甚微。艾滋病出现后,像艾滋病出现之前一样，情况都证明医生公务员在决策中具有重要影响 这是 1924—1926 年间罗尔斯顿委员会秘书和卫生部公务员 E. W. 亚当斯博士的主张，在他之前酗酒研究协会主席和 19 世纪 80 年代《酗酒条例》的坚定推动者诺尔曼 · 克尔也持这一观点。196 早先的医学和其他职业参与的模式通过艾滋病得到复兴。在苏格兰，药剂师在提供免费针头上的作用非常重要，与 19 世纪医生在为贫穷病人开毒品和提供医学护理上的作用相类似。① 禁止滥用毒品顾问理事会的艾滋病报告认为正如 60 年以前一样普通医生又起到了关键作用。

也许还应当记住的是，在艾滋病出现前后，英国都是国家和国际控制体系的一部分，因而把吸毒视为刑事问题而不是健康问题。在国际层次上，这类控制加强了。而在国内，由于艾滋病在监狱中的威胁，人们试图把健康和刑事审判制度紧密结合在一起，如在审判前转向医学治疗，使艾滋病患者得到强迫治疗的最终处罚。艾滋病在一个方面可能有助于使毒品政策“正常化”。另一方面，它使得毒品控制的健康方面和处罚方面比以前更加错综复杂。

那么，我们就艾滋病、毒品和历史之间的关系能得出什么结论呢？首先，“历史教训”只是在政治紧张和变动时期才受决策者欢迎，因为这时前进道路不明确，而且政策方面似乎是开放的。在这

① V. 贝里奇和 G. 爱德华兹：《鸦片和人民。19 世纪英国鸦片制剂的使用》（伦敦，1987 年）。

样的情况下，历史学家可以发挥非常直接的政策影响，但是只能以放弃对颇具争议问题的历史解释的复杂性为代价。历史对 80 年代的毒品和艾滋病就没有这样的作用，主要是因为总体政策目标已经明确，而且动用历史记录并不符任何政策利益。在这些情况下，通过强调发展的新特点，作为对潜在流行病和非常情况的反应，现有政策的目标能够更好地达到。强调以前的政策传统不会达到很多。但是正如本文提到的，除政策上活跃作用外，历史还有一种作用。艾滋病决策现在已进入一个更多反思的后危机时期，因而产生了有关历史作用的不同想法。关于艾滋病本身，政策连续性主题而非变化主题开始出现，艾滋病政策的制定不是与过去隔断了联系，而是在许多方面都是以前发展的一部分。为恰当估计艾滋病的影响，我们应该关注的是现代和近现代的发展。不管功能是迟到的新闻报道，还是政策分析， 20 世纪 80 年代的毒品政策和艾滋病的影响必定构成当代历史的一部分。

感　　谢

我要感谢丹尼尔。福克斯教授为本文初稿所作的评论。感谢纳菲尔德外省医院基金会提供财政资助，以及英格里德 ·詹姆斯做了秘书性的帮助。

注　　释

本文最先发表于《英国吸毒杂志》的一个艾滋病专号上，我要感谢杂志主编格里菲思 ·爱德华兹教授允许我在这里重新发表。

第十一章

“毒品斗争”中的反常现象和秘密

安·戴利

今天毒品在非医学方面的使用，是得到医学界支持的社会如何编造‘问题”、并捏造‘疾病”,然后又寻找‘疗法’的一个实例。一些药物学物体，如酒精和烟草，是导致死亡的主要原因，然而却允许出售，甚至大做广告，而且是政府收入的重要来源。其他东西被认为是“合乎伦理的”，要求有医生的处方就行。一些不太有害的毒品，如大麻和海洛因，[1]由于神秘、政治、非法性和其他因素而让人觉得危险。政府和医生利用这种集体性的臆想。他们宣传毒品，在某种程度上是为了造成恐怖和惊慌。该政策使政府和国家花费昂贵，但它提供了其他政治好处，包括对医学界。这些东西的危险性之所以出现并为人强调，都是出于头脑狂热，而不是有确实的根据。现有的这类根据可能是为夸大它们的危险性而编造和提出的。

非法毒品是一场“虚假战争”的对象，这是政府为其自己的目的而发动的，当然与这些东西的“危险性”毫无关系。政府利用公

[1] H. 戴尔·贝克特:《海洛因 温和的麻醉药》,载《新社会》,1979 年 7 月 26 日。

众对毒品的极度恐惧，巧妙地把公众的注意力和愤怒从真正的问题上转开，来干涉其他国家的内政，甚至到了派遣间谍和军队的程度。这一状况是全世界犯罪的一个重要原因，而犯罪的毒品制造业在财富、权力和影响上仅次于军火贸易。现在整个经济依赖于非法毒品的生产和销售，而那些不喜欢看到非犯罪贸易或合法化贸易的人正是犯罪的毒品交易者自己。他们以其他任何方式不可能得到如此大的权力，挣到如此多的钱。这就产生一个问题。旨在进行“反毒斗争”、实际上却在鼓励。获益并参与这一非法贸易的政府，走得多远啊？对支持那些政府政策的医生，也可以问这同一问题。

极少有或者没有证据证明这些毒品本身严重有害，倒是后来政治状况导致产生了真正有害的东西——精神错乱,上瘾;但是有充分的证据表明，毒品的危害实际上是围绕它们而设的政策造成的。不过极少有政治家承认这一点，只有一位英国政治家公开承认这一点。医学界接受并支持政府政策，赞成这样的观点：即是毒品而非关于毒品怪诞想法和政策在危害社会，必须与之“斗争”。 200

对于其恐惧和臆想已被政府和医生刺激起来的个人，所谓的“毒品危机’和‘反毒斗争’主要是弗洛伊德称为初级过程思维的结果，这是臆想和梦想的思维，不受事实（至少是有关事实）的束缚，不受逻辑的妨碍，具有高度的表面象征性质，最突出的是反常和神秘。我自己在毒品问题历史中的角色主要是参与者，结果深陷麻烦之中，三次被医学总理事会控告。这一经验没有得出任何不利于我的观点的证据，但它表明了当前关于毒品斗争的观念是多么牢固，医学界在支持这些观念上是多么深地陷了进去。

“反毒斗争”的许多神秘表现是由医生、政治家和公务员们上

演的，他们有自己的动机，通常表现得貌似有理、吓人或怪诞。世界上极少有东西比目前的毒品政策更损害生活的质量。这些政策已变得如此具有毁灭性，以致令我怀疑，在可预见到的未来，只有历史学家能分辨清楚。目前的状况依赖于人们不理解该状况，依赖于保持他们的错误观念和偏见。花费大量精力和公共资金，是为了保证这种无知和误解得以继续，还有那极度恐惧的怪诞想法，以便为西方毒品政策提供基本的支持。

一个历史学家如果具有合理开放的思维，并一般接受毒品问题上的常规知识，那么他可能会设想：海洛因是危险的，吸毒成瘾意味着不可避免的堕落，医生像令其他病人尊敬的一样令吸毒者尊敬，以及美国或英国，或任何其他国家是在减轻或控制这个问题，而不是在引起这一问题。这位历史学家如果看看有关事实会大感震惊，但这种震惊将是建设性的。

我对毒品感兴趣，最初是源于作为开业医生的临床经验。我在一些事情上偶然被迷惑住了，使我跌入深渊。我开始进一步探201 索，遇上了某些权势人物不愿暴露出来的一种情况。他们想要我离开这个领域，最终他们得到了想要的东西，尽管我想不是以他们预想的方式得到的。

我所迷惑的“一些事情”是这样的发现，即我们目前关于非法毒品的状况，包括其医学“疗法”，都是政治性的，没有科学根据。甚至在做开业医生三十年后，我对我的发现感到如此震惊，以至于它摧毁了我最后剩下的一点青年时代的理想主义；正是这一理想使我优先选择进入医学界，那时国家卫生局将要开始工作，并且看来要梦想成真。

我认识到,绝不是在任何领域里,所谓‘关于毒品的真相’是得

到有效证据支持的。医生的合作对政治家至关重要，反之亦然。医学领域得出的和影响其他领域的证据是如此软弱无力，如同实际上等于不存在什么证据。但是重要的因素濒于危险，包括重要人物的政治生涯、雄心勃勃的医生、高层公务员、有影响的道德家和那些业绩小的不太有影响的道德家，当然还有整个世界非法毒品业。许多人和机构越来越牵涉进去，现在都共同需要回避真相，仅从这个意义上来看，这就是一个阴谋。对一个只想帮助病人、不持怀疑态度的医生来说，这是一个危险的领域。

在这种情况下，吸毒者不管是否也是病人，大多不能自救。他们的自尊低落，如果想想社会和医学界如何对待他们就不奇怪。这意味着他们不能组成压力集团，即使仅仅是为了提供信息。他们仍然觉得，他们必须扮演堕落、垂死动物的角色，社会希望他们这样。有人会说，他们是被安排成那样的。这是“反毒斗争”的一个可悲的背景。“反毒斗争”一定是曾经策划和斗争过的最虚假（或虚构）的斗争之一。像许多斗争一样，它根据的是虚假信息和错误信息，基本上并不真正关心毒品和吸毒者。

我将要提到的第一种反常情况实际上是一位历史学家弗吉尼亚·贝里奇造成的。她和爱德华兹教授一起写了一本关于 19 世纪鸦片使用的极佳的书，[①] 发表于 1981 年，那时目前所谓的‘毒品危机”正引起人们关注。由于某些有影响的医生的活动，政策突然改变，那时伦敦和其他大城市出现了一个明显的问题。结果，不能从医生或其他任何人那里得到帮助的吸毒者，在皮卡迪利广场聚

① 弗吉尼亚·贝里奇和 G. 爱德华兹：《鸦片和人民。19 世纪英国鸦片制剂的使用》（伦敦，1981 年）。

会，并在大街上喧闹。略表同情的医生会有潮水般的潜在吸毒病202人涌来请求帮助，并且受到来自医疗机构的威胁。新闻媒体中充斥着令人惊惧的有关毒品的故事。强烈需要有符合事实的历史背景信息。然而，就在贝里奇和爱德华兹序言的第一句话中，我们读到："20 世纪 60 年代‘毒品流行病’最严重的焦虑已经平静。毒品故事不太经常在报纸上出现，出现时报道也更平常。"这一说法似乎是对事实的公然否认。该书其他部分关于 19 世纪的论述似乎是学识和明智的典范。

非法毒品领域的一些反常现象非常荒唐。几个月前，我应邀在一所地方医学院和培训医院作演讲。我选择了《关于海洛因危害文明的不真实性》这个题目。会议的通知贴遍了所有医院和大学。令人不解的是，这些通知把我的演讲题拼读为一个词，拼错了。这个词有四十二个字母。也许只有非法毒品方面的话题能出现这样荒唐的一个词。无人提出要作任何解释，或甚至提到它。在毒品的事情上，如果它是神秘而不可理解的，那任何事情都行得通。

这事并没有完。我特别小心谨慎,使我的演讲有历史根据,而且并不提倡任何改变，除了要求在术语定义更加切实明确。我相信，除非我们同意我们正在谈论的东西，而且只要每个人都在谈论不同的东西，就不可能有关于吸毒、毒品依赖和或反毒斗争的合理讨论。但是我演讲一结束，我发现许多人好像听了另一场不同的演讲。甚至会议主席，一位退休的精神病学教授，在他的总结中说我提倡自由出售海洛因。我并没有提倡这样，但他似乎发现力求真实明确的观点是如此有威胁性，因而就他理解而言，我已经把海洛因放上了超级市场的货架。有一个人批评我，如他所述，说我

“说应该让怀孕母亲买到海洛因”。我既没有提到可获得海洛因，也没有提到怀孕母亲。我们是参加同一个会议吗？当几种明智而中肯的评论和论点使我意识到，我正在看到这一特别的问题对一些人产生影响的另一种表现时，这时我就释然了。

在韦尔科姆的一次研讨会上宣读一篇类似的论文时，我讲了这个故事，又一次有位听众愤然站起，指责我希望把海洛因放在超级市场的货架上！我在那以后的几个场合中发表了那篇论文的看法。惟一一次没有引起敌意和误听反应的是在一群社会学家中。毒品主题引发的情绪如此强烈，以致一些人似乎总是听错。误听或歪曲所说的内容是这一问题上的正常情况。

异常现象还包括麻醉剂这个术语。该词传统上是指毒品，因为它们促进睡眠（虽然它来自于希腊语 narke，意思是僵硬和麻木)。不过在非法毒品中，“麻醉剂”逐渐包括了像安非他明和可卡因之类的东西，它们是兴奋剂，效果相反，实际上妨碍睡眠。甚至海洛因和大麻也不是真正的麻醉剂。这已导致了混淆不清。“麻醉剂”这个词要求对非法的或道德家不赞成的东西作贬义的注释。它的确越来越被用来指‘讨厌’、‘危险’或纯然地‘非法’的意思。现在这个词有许多不同的意思，很少有人想去弄清楚。

有些毒品，例如鸦片及其提炼物吗啡、忘忧药、海洛因，在一个时期被认为是对人类有益的，人们保存和使用它们，很像现在人们使用阿司匹林和活力素一样。有趣的是，今天活力素的形象开始变得有些危险和有害。我怀疑，这一循环是否会重复？

不知为什么出现了一个神话：所谓的“柔性”毒品（不管哪些是)也是很危险的。说到‘软性’这个词，大多数人想起大麻，它也是非法的，但大概作为毒品它是最无毒的——因为没有一种毒品

完全无毒。据传，不但大麻很有危险（所有各种虚假研究都来证明这点）,而且它导致像海洛因和可卡因之类的‘烈性’毒品也让人觉得危险。这一定是所有政治上最狡猾的神话之一，因为它造成恐惧，大多是在对这一主题一无所知的父母中。不过“烈性”毒品和“柔性”毒品之间的联系是它们都是非法的，荷兰人现在已在法律中把它们区分开来，表明不再存在这种联系。我亲自问过数百个海洛因瘾君子，大麻和海洛因之间的联系是什么，他们惟一的回答是，如果警察截获了可以买到的大麻，毒品贩子就提供海洛因来代替。那就是他们中的一些人逐渐成瘾的原因。

其他反常现象有：服用所谓的“麻醉品”——鸦片或可卡因——来放松一下，是维多利亚时期一种普遍习惯，在很大程度上与喝两品脱啤酒或一点杜松子酒相似，逐渐被认为是一种过失和犯罪。吸毒者，以前是温和指责的对象，很像今天的酗酒者和吸烟者，逐渐变成为罪犯和弃民。最近一幅不错的漫画反映了这种情况。吸毒者塞缪尔·泰勒·科尔里奇坐在桌子前写诗，吸鸦片。进来一个人，他来自波洛克，戴着圆顶硬礼帽，挥动一张卡片，宣布“波洛克缉毒队!你被捕了,科尔里奇!”

实际上很普遍又相当无害的服用鸦片止痛的习惯，同样逐渐被认为是一种过失和犯罪。在美国海洛因一并受禁，近几年我在英国遇到一些悲剧性的情况，垂死或遭受严重事故的人不能接受海洛因或吗啡无可比拟的益处，因为担心他们可能会上瘾。

1914 年美国《哈里森毒品条例》开始禁止毒品，这成为从那以后美国的政策。它反映出一种气氛，也造成一种气氛，其中吸毒者会被划为犯罪和道德邪恶。英国，或更确切地说是英国医生，站出来反对美国和本国政府把这一过程扩大到英国的努力。1926 年

公布了报告的罗尔斯顿委员会对毒瘾采取一种自由主义的、医学治疗的态度，那时吸毒问题不大，而且主要是中产阶级的问题。这种状况延续了近四十年，保证了许多令人尊敬的吸毒者过着正常的生活，就像他们通常能够做到的一样。有些人，如作家伊妮德·巴格诺尔德，在吸毒的同时能够过着富裕而有创造力的生活达六十年之久。这拆穿了吸毒必然导致堕落的观点的荒谬，但这一证据和其他证据一样，被人忽视或秘不示众。

然后，在60年代，因吸毒增多并扩大到工人阶级那个危险的群体，这一方式受到挑战。报纸开始了我们熟知的冲突—恐惧的战术。医学界改变态度，加入谩骂者和舆论操纵者的行列，甚至到了允许和引发冲突恐惧的程度。这是怎样发生的？那是一个有趣的问题，而且我认为在20世纪医学界历史上非常重要，尽管这里没有时间来探讨它。

近年来，非法的毒品使用已被贴上了道德谴责的标签，如“滥用毒品”和“误用毒品”。这些现在被视为是医学上的诊断。它们出现在官方文件和官方机构名称中——滥用毒品问题常务会议在政府政策形成上影响甚大，而毒品碰巧是两大党意见完全一致的少数议题之一。另外还有一个政府资助的机构，反对滥用毒品常务会议。具有讽刺意义和颇为典型的是，一份新的政府文件强调不要对“滥用毒品”进行道德说教的重要性！① 205

这只是我能够想到的一个道德判断用做医学诊断的例子。这事是怎么发生的？为什么没有人，至少没有一个有影响的人，出来抗议？另一种表述方法可以问，这种状况维护的是谁的利益？

① 《独立报》上的报告，1991年12月17日。

把‘滥用毒品’作为医学诊断的观点，以及它反映出的态度，已产生了一种它们自己的语言。我称之为毒品用语。乔治·奥韦尔在《1984年》一书中提出的新闻用语，是所有现代所谓的‘用语’之始，设计用语是为了有可能不用明确的方式来思考问题。这就是为什么会出现毒品用语。因为有有力的理由要压制、混淆或仅是回避事实，语言的腐败可能是不可避免的。“滥用毒品”一词过去的意思是“非法地使用毒品”，似乎最早在美国用来表达不赞成南部黑人使用可卡因。像这样的事经常发生，因而这个惯用语过去、现在都用来谴责吸毒者及其群体，而不是毒品本身。

世界卫生组织也倾向于抨击吸毒者而不是毒品使用。例如，一个委员会说，某些毒品对某些心理和社会失调的人有特别的吸引力，他们很难与通常的社会规范保持一致。这些人包括“装着爱好艺术”的人，如苦苦挣扎的作家、画家和音乐家、失望的非国教徒，以及行为古怪、寻求刺激的青少年和年轻的成年人。

通过观看和听到使用‘一致’‘特色’‘灵活性’和‘维护’之类的词语，你就能设想出毒品用语的详细情况。毒品用语者使用所有这些词语，是要用一种特别的方式来维持现状。

现在说说另一个反常现象。1983年6月，《英国医学杂志》发表了一篇关于吸毒上瘾治疗的文章，该文章必须打破几个障碍或记录。[1] 例如，长期以来就考虑询问病人接受治疗的科学价值。但是，这篇文章的数据就是根据向病人询问其他病人已经接受治疗的情况得来的。我认为以前从没有那样做过。此外，这个统计

[1] T. 比利和 A. H. 戈德塞：《私人行医不可接受的一面：给瘾君子开受控的麻醉药处方》，载《英国医学杂志》，第286期（1983年），第1876—1877页。

数字不合理或不实在，因而结论就不是结论。紧接下去是一封热情的来函。[1] 一位著名的精神病学家写信向十六个半吸毒者都做了些什么，怎么样，并说那篇文章不值得登在该杂志上。[2] 另一个人写道,在他采用 1968 年就已存在的临床方式的经验期间，对吸毒者的治疗不是治疗，而是成了医生们之间看谁开海洛因最少的竞争。[3] 206

这篇文章发表于《英国医学杂志》上，确实让我不解。1990 年当彼得・巴特里普关于该杂志的辉煌历史出版时，[4]我为获得研究思路通读了全书。当然没有提到这篇论文，也没有提到那个有趣的问题，即从病人身上或从病人谈论其他病人那里能得到什么有益的信息。在第 321 页上,这位编辑描写道,在 1975 年后‘审查要发表的文章原稿日趋严格……最初这意味着公正、不带偏见和同行快速的评论，后来编辑委员会和统计评价有了争议”。这里发生了什么事呢？

那并不是故事的终结。几个星期后，那篇论文被医学总理事会、或更准确地说是它的检举委员会用来指控我，证明我对吸食海洛因者的治疗与“一致”观点不符。我的辩护律师提出抗议（我想是相当礼貌的）。他指出那篇文章的一些荒谬之处，并引用了随后的那封来函。我得到的印象是，这对检举委员会毫无影响，我想他们之中没有一个人具备治疗吸毒者的任何经验。后来，在 1986 年

① R.哈特诺尔和 R.刘易斯:《信函》,载《英国医学杂志》，第 287 期(1983 年),第 500 页。

② 彼得・戴利:《信函》,载《英国医学杂志》,第 287 期(1983 年),第 500 页。

③ 詹姆斯・H.威利斯:《信函》,载《英国医学杂志》,第 287 期(1983 年),第 500 页。

④ 彼得・巴特里普:《医学的镜子:〈英国医学杂志〉历史》(牛津,1990 年)。

和 1987 年，他们又用那篇文章来指控我。它构成了起诉开庭陈词的一个重要部分。这一次我的律师（另一个律师）对那篇文章打了一场漂亮的攻击战，揭露了其所有的失实之处。我想无人再敢用它来反对我了。在处理我的案子的剩余的事时，医学总理事会没有提到它，它们的检举委员会在终庭陈词中也没有引用该文。但是我错了。从那以后，我知道的在对医生起诉治疗吸食海洛因成瘾者中不遵从共有的做法的每一个案件中，医学总理事会的检察官们都引用了那篇文章。而且这些检察官大多侥幸成功，真是既有趣又可悲。造成这种状况的部分原因是，组建起来并为医生辩护服务的医学辩护机构的所作所为。他们知道发表在《英国医学杂志》上的那篇文章已不可信，并且已经把该事实存档备案，但他们并不提起这个事实或引用这个证据，除非有关医生自己提起，大多数医生没有提或不会提。例如，地方上一个忙碌的普通开业医生要找到这种东西是不可能的，除非有人给他指出来。我个人就知道两位这样出事的医生。两人都是远离伦敦的国家卫生局的普通医生，而且我有理由相信他们是格外优秀的医生。他们犯的是任何动机善良的医生在任何日子里都会犯的那种过失，其中一位207 是被警察用极端卑鄙的伎俩抓去的。他们过于天真，轻信了他们的法律顾问，没有做太多的准备工作。其中一位被开除医籍，另一位则被禁止行医三年。我怀疑，如果他们知道面对的是什么，知道是又在对那篇文章的荒谬进行斗争，医学总理事会就会觉得不能实施这样严厉的惩罚。但这的确表明，涉及偏见和既得利益时，这类斗争还必须一而再、再而三地进行下去。我认为这也反映出现有权力的腐败。

我刚才谈的有关《英国医学杂志》的那篇文章的故事，在 1984

年毁誉不一的《滥用毒品治疗临床标准操作指导》的历史上大部分重复了，该书现在以“误导”而著名。我没有时间在这里描述它引起令人吃惊的方法（而且我认为也是错误百出的）。① 我是该编纂委员会的成员，这真是令人吃惊。《操作指导》立即被采用（或误用），而且此后一直被用来指控与官方政策不一致的医生。那个和其他许多反常现象的故事都记在拙著《一个医生的故事》中。

在治疗和管理上有许多反常现象和不可思议的事，我只能仅举几例。首先是一个很小的问题，但它很有象征性。我们得到通知,政府亟需有关吸毒者的准确数字，这对制定政策非常重要。根据《滥用毒品条例》，医生必须把他们看到的怀疑在非法使用毒品的每位病人报告给内务部，不管他们是否给他治疗或开药。尽管我在这个领域工作多年，我很少或根本没有看到通知医生这件事的证据。大多数医生甚至不知道，而且如果他们通告了吸毒者情况，那只是在他们根据《滥用毒品条例》的第一款或第二款开有毒品药方的时候，大多数医生从不报告。此外，医生报告其他重大情况如麻疹、肺结核、出生或死亡会得到一小笔报酬，而报告吸毒却没有报酬。除非他们得到内务部的特别印戳，他们甚至必须付邮资。政府或内务部似乎并不非常急于得到准确的数字。为什么不报告？

英国戒毒诊所的治疗方面存在许多反常现象。这些诊所是60 年代后期为适应政治需要和公众恐慌情绪而建立的，对它们的成败得失从没有适当的评估。大家知道，发生了各种各样的事情，例如，有些病人在完成一个治疗过程后六个月或更长时期未沾毒

① 安·戴利:《一个医生的故事》(伦敦,1990 年),第 9 章。

品，而有些病人在同一治疗计划似乎没完没了的循环中兜圈，先是 208 接受治疗，然后理论上“戒毒了”，但实际上在黑市上买毒来吸，然后“承认”毒瘾复发，然后又回到治疗等候名单上和更加依赖黑市。然后是另一次治疗计划，更多地靠黑市，嗜好进一步复发，如此周而复始，循环不已。因为治疗的选择如此有限（现在因艾滋病的出现略有增多），这样一个病人的惟一选择是冒险靠黑市供应维生，或像以前一样重复那种治疗。有一个记录的病人，他二十七次接受诊所临床治疗过程，而向他建议的一切就是另一轮治疗。[①] 作为一名开业医生，我发现很难判定我们是在一个卡夫卡的世界，还是在一个艾丽丝漫游仙境的世界。甚至更难理解的（或者不难理解，这取决于你怎么看它）是，那些诊所声称具有“95% 的成功率”。什么成功？我在一段时期治疗了在这类诊所里的许多病人。他们离开时都明显“戒毒”，事实上停止吸毒从未超过几天，有些人甚至还没有那么长。正如一位吸毒者说的，“如果它们有 95% 的成功率，那么我知道所有的失败是在二十次以上”。

来到诊所的病人是谁？我认为许多人的情况并不清楚。有人对他们进行研究，好像他们是全部吸毒者的典型，甚至好像他们就是吸毒者人口。他们不是。内务部自身计算，它知道最多大约只有五分之一的吸毒者，即 20%。其中不到三分之一曾去过诊所，即总数的 6%。其中只有一部分留下来接受治疗——一半可能会估计过高。那是 3%。这其中只有一小部分完成治疗过程，有些人认为不到那些参加者的 1%——构成了全部人数的 0.03%，但即使我们放宽一点，算 50%，那也只是所有吸毒者的 1.5%。而且

① H.B. 斯皮尔提供的信息，当时他是内务部缉毒长官，1986 年。

其中大多数在一年或两年内恢复吸毒。所以他们为什么要从“成功”这种词语谈起？医生为什么要极力用标准、官方、固定或目前“灵活”的、选择很少的方式,来对待所有的吸毒者呢？

当我试图了解吸毒情况并研究出来正在进行什么事情时，我走访了三个诊所。理论上所有诊所都登记住满了病人。那个时候诊所正在呼吁注入新的资金，以减轻不断上涨的吸毒浪潮和无法承受的病人的负担。在其中的两个诊所，连一个病人也没有来。医生和其他工作人员等了几个小时，然后回家。我访问的第三个诊所是特别为法庭上遇到麻烦的吸毒者而设的。法庭考虑让他们接受治疗，来代替进监狱。他们都来了，而且真的很急切。每位病人都被提问，他们是真正希望治疗，还是只是想避免进监狱？他们都说，这与法庭案子毫不相干，他们真正希望治疗。他们全被接受下来。后来我收到许多通过治疗的病人的来信，说在医院病房里毒品自由流通，病人能得到任何他想要的东西。工作人员睁一只眼闭一只眼，把未被抓住在吸毒的任何人都记录为“治愈”。这满足了医院的数字，使法庭满意。而且使吸毒者满意。

当我治疗吸毒者时，我经常写信给以前的诊所索要有关他们的报告,这是诊所医疗的惯例。在正常情况下(即与‘毒品’无关的病人）你会得到一份有关该病人的有用报告或总结。但这里不是这样。诊所通常从病人记录中送来一大堆影印资料，通常提供大量无关的信息，例如许多年间正常血压的记录（另一个反常现象碰巧是许多戒毒“专家”专注于正常血压；我从来不能搞清楚他们为什么这样做）。但是这些报告几乎总是忽略了我认为重要的东西，例如这些年间病人的精神病鉴定和开给毒品的剂量。我相信许多病人都未曾做过精神病鉴定，而且即使我再写信索要，关于他们使

用毒品的资料经常是留住不给的。我得出结论，这是与 20 世纪 70 年代后期出现的诊所开药政策的改变有关。它们从病人想要多少就开多少，突然变为只开几周用的少得多的剂量，然后把病人列入“ 已戒毒者 ”,与此同时,极力对所有医生实行新的管理。不过仅在几年前，他们常开出大剂量毒品，多到比现在他们宣布可以接受的二十多倍。

另一个反常现象是，如果诊所送来一点关于剂量的资料，这通常只是关于正式开药的情况。经常提到病人怎样“ 减少 ”剂量，但几乎从未提过现在给他们使用黑市海洛因的事实，尽管你只要一般地看看他的胳膊就可看见这一点。令人奇怪的是，诊所记录保存了所有各种资料，如有关血压的资料，我认为相对来说不重要，但通常没有记下病人黑市购毒习惯，这我认为非常重要。他们都依赖黑市，所以仅仅因为他们不再接受医生开给的毒品，就把他们记录成‘ 已戒毒者 ”,我认为这似乎是不诚实的。

开药政策的突然改变是另一个反常现象。它为什么发生？通常认为它根据的是一项关于长期或短期给吸毒者开药的研究；政策改变几年后，该项研究于 1980 年发表于《普通精神病档案》上。通常研究表明，短期开药和拒绝给吸毒者比最少量多的毒品，比长期开药要好，而且把可注射毒品开给那些将设法使用的人会起反作用。我不想陷入这些关于剂量、注射和诸如此类辩论的细节中。理论上它们是争论的核心，但我相信，它们基本上是道德问题，人们极力用符合他们观点的方式获得和安排的数字突出了这些问题。事实上很难看到那种研究的结果。该研究很短，如果有什么东西的话，那些数字似乎指出了后来要提到的对应物。这个研究被广泛引用，是如此广泛，以致在政策改变超过十五年后，现在它

仍被用做反对随便开药观点的基本根据。另一项研究也是如此，它的经历甚至更加变化起伏。一位研究工作者在那时吸毒者传统住处皮卡迪利环形广场对他们进行研究，并发表一篇论文指出，拥有医生长期处方的那些人比没有处方的那些人要好一些。然后同一作者用同一材料发表了另一篇论文，然而却得出了相反的结论。知道这些情况的一些人告知我，那些当权者不满第一篇论文。不论什么解释，它使人联想到，数字像汉普蒂·邓普蒂一样，能表达你想表达的意思，不多不少。

我在图书馆里花了许多小时对那样的事情苦苦思索，而我不能理解所谓的“证据”所指出的是什么东西。我过了很长时间才意识到，实际上是一位内务部高级官员给我指出的，仅仅是因为没有任何有效的“证据”来支持治疗病人的方法。这是攻击人的和政治性的。直到那时，我才开始慢慢理解整个事情。

对所有这种情况的影响和世界毒品状况，还可以说上许多。犯罪，生灵遭难，潜在地有用的人类的堕落和嗜毒成瘾。但是我想简要地提到西方毒品政策的一个结果——腐败，因为那也许是最大的反常现象。腐败深入政策之中，既有法律实施政策，也有医疗政策。当揭露腐败时，通常把它归因于毒品，但实际上它应归咎于毒品政策。它影响了毒品领域的每个人，吸毒者、毒品执法官员、公务员、警察、医生。我可以给你们提供许多关于这些事情的例子，但我将局限在极少几个例子上。就在美国的一个州——佐治亚，在五年多期间里，三十二位县长因毒品犯罪而入狱。[1] 例如，当一位警察局长官在一个特别的星期天早晨在教堂里，有人给他

211

[1] J. 基洛林教授：《根据地方统计的私人通信》。

五十万美金，而另一位长官可以得到同样数目的钱，但不是在当地的飞机场附近的什么地方，因为无论以何种方式，他都不能到达那里时，你能预料什么？必然的腐败不仅是那些被依法抓住的人，而且是那些执行法律的人以及在法律约束下工作的人。我相信，这是‘反毒斗争’最糟的一面。

英国一个腐败例子（我可以给你举出许多例子）是，许多警察，特别是在伦敦，在过去几年期间被发现有毒品犯罪行为，大多数是出售毒品,或栽赃给一些人,然后指控他们‘拥有毒品,打算出售”，一种莫须有的指控。我个人遇到许多警察腐败的案子，但没有一例受到指控。我相信，警察的这种腐败对降低公众对警察的认可影响很大，而且它可能已造成警察的水平普遍低下，导致最近警察卷入其他形式犯罪的丑闻。

医生的腐败，使作为医生的我感到尤其悲哀。当目前的毒品问题开始在 20 世纪 60 年代早期出现时，我相信，通过鼓励普通开业医生帮助吸毒者，或许给予额外报酬，我们能够控制吸毒，而且有足够的精神病医生能够解决疑难病例。当时的政府想做出更多戏剧性的姿态，公众想要看到更多的行动，而被看做一潭死水的一些医生想要更多的权力。因此我们有了耗费昂贵的诊所，避开了普通开业医生，甚至它们的地点也远离医院。医院中其他部门过去、现在对它们都不感兴趣。他们不想看见吸毒者，也不关心吸毒者发生的事。诊所被隔离开来，部门间正常的制约制度在那里不起作用。其他医生则主张所有吸毒病人都需得到专家治疗，尽管这在吸毒上比在其他任何事情上都更不正确。吸毒被推进死角，新的所谓“专家”在那里谋求发迹。开业医生不再认为这事与他们相干，并对它产生了一种反感。我曾经对伦敦一个远郊的十八位

开业医生作了一个调查，看看他们是否考虑治疗吸毒者，因为在理论上他们是受到官方鼓励要这样做的。在这方面，官方路线长期以来口头上鼓励开业医生治疗吸毒者，但同时通过暗地里的威胁阻止他们这样做。一些开业医生现在甚至相信，或情愿相信，他们是不允许治疗吸毒者的，这是很不正确的。不管怎样，在我调查的十八位开业医生中，没有一位愿意治疗吸毒者，十六位对这一想法明确抱有敌意。一些开业医生甚至贴出通知，说他们不治疗吸毒者，即使是与毒品无关的病情。虽然这是违反他们的契约条款的，但没有人因为拒绝治疗吸毒者而曾受到惩罚。不管吸毒者走到哪里，他们似乎特别招人讨厌，没有人关心他们。一些吸毒者抱怨医学总理事会,但他们总是得到同样的回答 医学总理事会‘ 无权 ’过问这类事情！甚至更糟的是，一些开业医生拒绝治疗吸毒者的家属。我必须经常对妻子和儿童、甚至婴儿扮作非官方的开业医生。这真的让人烦恼。人们现在仿佛像程序编排好似地认为，与吸毒者有任何联系的人都是不可接触和应被社会抛弃的。那是医生的一个危险的观念。 212

不过，内务部缉毒长官宾 · 斯皮尔也许比英国其他任何人对这个问题都知道得更多，他在毒品恐慌开始和法律转变时期说的话经常被人引用，“ 我们不需要诊所。我们需要一千名医生，每人负责一个吸毒者。 ’[①]我听到他说过许多次。如果真是那样的话，我相信毒品问题和开业医生的治疗会一起取得进展，而且要好得多。英国本来处于可以引导世界的位置，但她丢失了机会。而现在问题成堆，积重难返。幸好事情已开始好转，少数的然而不断增

① H. B 斯皮尔:《内务部前缉毒长官 ,私人通信》。

多的开业医生现在确实已把吸毒者列入他们的治疗名单了。

另一个反常现象是，除政治家外，包括医界和大众在内似乎没有人甚至想要诊所。有些医院必须给予好处，例如提供研究经费，才建立诊所，有些医院甚至接受了钱，后来并不建诊所。① 按照三十年解密规定，这些资料现在开放了。我听说其中一些已神秘散失，但我肯定那里有足够的资料留下来供历史学家查阅。

之后，是法律本身的腐败，即对人权的侵害，最初只是出现在“滥用”毒品或贩毒的情况中，后来扩大到更大的方面(例如，在刑事审判法上，以及欺骗做法）。现在人们似乎普遍接受，一个发现犯有贩毒罪的人，会被认为他的所有财产都是非法获得的，而且可以依法没收，除非他能证明他是无罪的。一个人在证明无罪之前就被认定有罪的原则在英国法律中还是新的，尽管有些人会说这在移民国外过程中已经存在。既然人们已学会憎恨和歧视吸毒者，他们就不太关心他们憎恨和歧视的那些人发生的事，所以没有人提到抗议。如果一个政治家希望限制自由和人权，这样做是一种很好的方式。我认为那种情况也需要调查。

213

毒品的存在降低了环境水准（或“生活质量”）。在国际事务中，特别是在得到英国强烈支持的美国外交政策中，毒品提供了一个绝好的借口，以便干涉外国(哥伦比亚、中美洲、巴基斯坦)的事务，或者抵制国际合作（撒切尔对废除欧洲边界控制的态度）。这类权力游戏是所有这些异常事件的核心吗？这种状况是利用人们的恐惧和偏见来增加政治权力的一种习惯做法吗？还有什么其他可能的解释？

① A. 贝克尔：《卫生部前高级医务官员，私人通信》。

偏见、误解和既得利益如此根深蒂固，因而在参加者对非法毒品词语含义看法一致之前，对此不可能有公开的讨论。即使到那时，太多的偏见和恐惧也会使这样的讨论成为不可能。因此关于“麻醉剂”是不是应该是合法的或是“非犯罪的”的争论目前意义很小。

有时会为人忘掉的是，吸毒者大多是基本正常的人，有正常的家庭和工作问题，以及渴望。我已收集了三本关于家庭、孩子、节日和爱好的影集。[①] 每一本涉及一位吸毒者或一位吸毒者的孩子。影集展现了他们结婚、与孩子一起玩耍、划船、观鸟和其他一些情况。

维持“反毒斗争”的一个重要支柱是政府反对毒品使用的运动。它从海报和电视开始。海报上有一位演员，因为他对青少年的影响力，成了一位“漂亮的”男孩。运动大多在午夜之后在电视里继续放映，这时大多数吸毒者像其他人一样躺在床上。广告极力向我们推销某种东西。我们知道，那是警告海洛因的危害，抵制海洛因，以及力劝我们不要服用海洛因。不过这是一场以谎言为基础的运动，目标指向一个特别的群体。一个现代风格、相貌俊美的白人男性——他成了漂亮的人物。这个运动针对白人主流社会吗？如果他不吸毒，那他可能是你或你的儿子。言下之意是，如果他不至于愚蠢到“选择”毒品——或者说如果他还不是不能“说不”,那他将是一个像样的男人。只是这种毒品,使他不能成为“我们中的一员”。

这增强了受到良好保护的人们的恐惧和偏见。在一组海报中

① 现藏于伦敦韦尔科姆医学史研究所当代医学档案收藏部。

我设法找到的惟一黑人是一位推手推车的搬运工，突出他的职业地位很低。表面上这一运动极力不把毒品和种族联系起来，以免激怒黑人，而且也注意不把毒品和住房、失业、贫困等等联系起来。整个运动的目的似乎要让一个特定的群体沾沾自喜，即他们可能永远不会沾上毒品。当被告知你“知道”的是正确的时候，你会有一种舒服自得的感觉。

这场运动的目的也是要维持谬误流传的关于海洛因的谎言。广告假定我们知道，如果你吸食“海洛因”，你就“堕落”了。它用“你堕落到什么程度”来结束这种情况。没有机会问“你堕落了吗？”或者甚至“你为什么堕落的？”它提供不了证据。它实际所提到的证据，只有便秘是正确的。停服海洛因后四肢出现疼痛，但是如果你要把海洛因的效果和停服的效果混淆起来，为什么只提这事？更加糟糕得多的是腹泻、焦虑、剧痛，等等。

这一谎言意味着，对那些对毒品有所了解的人来说，这种广告失掉了可信性。运动假定“就说不”很容易。每个吸毒者知道，这只是对不受歧视的人很容易。根本没有提到营养，也没有提到这样的事实，即吸食海洛因者得病，不是因为他们吸食海洛因（除非他们吸食过多，例如和烈性酒和其他毒品一起服用），而是因为他们把所有的钱都花在毒品上，而且没有正确吸食。根本没有提到毒物——不纯物质注入血管的危险性，黑市毒品中混入了这些物质：砖灰、木屑、面粉，等等。起破坏作用的是这些东西，而不是毒品本身。每个吸毒者十分清楚地知道这一点，因而运动不是针对他们的。与吸毒者有所接触的那些人也知道这一点。这些人包括可能会吸食毒品的年轻人，你会认为，政府想影响的正是这些人。但是因为告诉他们的是谎言，政府失去了应该具有的任何可信性。

惟一可能受到影响的，是那些对毒品一无所知和不可能接触到毒品的人。运动的目的就是要强化他们的偏见。他们可能是多数者（或被认为是多数者），而且他们拥有许多选票。这些人大概是正被主要选中的对象。

据我看，在政府反毒运动中做出的划分，一方是愚蠢的、连“不”也不能说的白人吸毒者，另一方是有理智的“就说不”的白人非吸毒者。这是一种针对一个群体的方法，他们已经相信你在说的事，这让他们觉得更加安全，也许更加自得，而且给他们一个印象，你在对付一个严肃的问题。

医学史研究遇到的困难之一，是像我们用一种超然和批判的方式看待过去的情况一样，来看待当代的情况和活动。如果你想详细探索真实情况，那目前的毒品状况是你这样做的一个极好的机会。

索 引

（索引中的页码系指正文页旁所注原书页码）